

Uniwersytet Medyczny
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Poznan University of Medical Sciences



Wydział Nauk o Zdrowiu
Faculty of Health Sciences



PIEŁĘGNIARSTWO POLSKIE

POLISH NURSING

KWARTALNIK / QUARTERLY

Nr 2 (72)
6/2019

Indeksowane w / Indexed in:
Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego/
Ministry of Science and Higher Education – 6,0
Index Copernicus Value (ICV) – 88,81



PIELĘGNIARSTWO POLSKIE

POLISH NURSING

Skrót tytułu czasopisma/Abbreviated title:

Piel Pol.

Copyright © Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

ISSN 0860-8466

eISSN 2450-0755

Korekta/Proofreading:

Barbara Grabowska-Fudala

Joanna Szelańska

Korekta tekstów w j. ang./Language editor:

Agata Dolacińska-Środa

Skład komputerowy/Desktop publishing:

Beata Łakomak

Projekt okładki/Cover project:

Bartłomiej Wąsiel

Sprzedaż/Distribution and subscription:

Punkt Sprzedaży Wydawnictw Naukowych UMP

60-356 Poznań, ul. Przybyszewskiego 37a

tel. (phone)/fax: +48 61 854 74 14

e-mail: sprzedazwydawnictw@ump.edu.pl

Redakcja deklaruje, że wersja papierowa

„Pielęgniarstwa Polskiego” jest wersją pierwotną (referencyjną)

Editorial Staff declares that printed version

of ‘Polish Nursing’ is the original version (reference)

Zasady etyczne

„Pielęgniarstwo Polskie” stosuje zasady etyczne i procedury zalecane przez COPE (Committee on Publication Ethics), zawarte w Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors, Peer Reviewers, Authors dostępne na stronie internetowej COPE: <https://publicationethics.org/resources/guidelines>

Ethical guidelines

‘Polish Nursing’ applies the ethical principles and procedures recommended by COPE (Committee on Conduct Ethics), contained in the Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors, Peer Reviewers and Authors available on the COPE website: <https://publicationethics.org/resources/guidelines>



WYDAWNICTWO NAUKOWE
UNIwersytetu MEDYCZNEGO
IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO
W POZNANIU

60-812 Poznań, ul. Bukowska 70

www.wydawnictwo.ump.edu.pl

Ark. wyd. 11,2. Ark. druk. 14,5.

Format A4. Zam. nr 136/19.

Druk ukończono w czerwcu 2019.

PIELEGNIARSTWO POLSKIE

POLISH NURSING



KOLEGIUM REDAKCYJNE

Redaktor Naczelny

prof. dr hab. Krystyna Jaracz

Zastępcy Redaktora Naczelnego

dr hab. Krystyna Górna, prof. UM

dr hab. Danuta Dyk

prof. dr hab. Małgorzata Kotwicka

RADA NAUKOWA

prof. Vincenzo Antonelli

dr hab. Grażyna Bączyk

prof. Merita Berisha

mgr Regina Bisikiewicz

prof. Antonio Cicchella

prof. Susumu Eguchi

dr hab. Aleksandra Gaworska-Krzemińska

dr Barbara Grabowska-Fudala

dr hab. Elżbieta Grochans

dr Aleksandra Gutysz-Wojnicka

prof. Lotte Kaba-Schönstein

doc. Helena Kadučáková

mag. Karin Klas

prof. Christina Koehlen

dr hab. Maria Kózka

dr Halyna Krytska

dr hab. Anna Ksykiewicz-Dorota

dr hab. Joanna Lewko

prof. Mária Machalová

dr hab. Ludmiła Marcinowicz

prof. dr hab. Ewa Mojs

dr Jana Nemcová

prof. dr hab. Grażyna Nowak-Starz

dr hab. Beata Pięta prof. UM

prof. Hildebrand Ptak

prof. dr hab. Joanna Rosińczuk

Silvia Scelsi

prof. dr hab. Maria T. Szewczyk

prof. dr hab. Arkadii Shulhai

dr hab. Robert Ślusarz

dr hab. Dorota Talarska

dr hab. Monika Urbaniak prof. UM

dr Frans Vergeer

dr hab. Ewa Wilczek-Rużyczka

dr Katarína Žiaková

Sekretarz Naukowy

dr n. med. Barbara Grabowska-Fudala

Sekretarz Redakcji

dr n. med. Barbara Grabowska-Fudala

LUISS Guido Carli di Roma (Włochy)

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)

University of Prishtina (Kosowo)

European Association of Service Providers for
Persons with Disabilities (EASPD)

University of Bologna (Włochy)

Graduate School of Biomedical Sciences, Nagasaki University
(Japonia)

Gdański Uniwersytet Medyczny (Polska)

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)

Pomorski Uniwersytet Medyczny (Polska)

Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie (Polska)

Hochschule Esslingen (Niemcy)

Katolícka Univerzita v Ružomberku (Słowacja)

Studiengangsleitung Gesundheits- und Krankenpflege, IMC FH Krems (Austria)

Evangelische Hochschule Berlin (Niemcy)

Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum (Polska)

Państwowy Uniwersytet Medyczny im. I. Ya. Horbaczewskiego
w Tarnopolu (Ukraina)

Uniwersytet Medyczny w Lublinie (Polska)

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku (Polska)

Prešovská Univerzita (Słowacja)

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku (Polska)

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)

Comenius University in Bratislava (Słowacja)

Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach (Polska)

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)

Evangelische Hochschule Berlin (Niemcy)

Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu (Polska)

Vice president of Aniasi, Director of nursing and health professions department,
Children's Hospital "G. Gaslini" Genoa (Włochy)

Collegium Medicum w Bydgoszczy UMK w Toruniu (Polska)

Państwowy Uniwersytet Medyczny im. I. Ya. Horbaczewskiego
w Tarnopolu (Ukraina)

Collegium Medicum w Bydgoszczy UMK w Toruniu (Polska)

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)

Fontys Hogescholen (Holandia)

Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza-Modrzewskiego (Polska)

Comenius University in Bratislava (Słowacja)

ADRES REDAKCJI

Pielęgniarstwo Polskie

Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego

im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

ul. Smoluchowskiego 11, 60-179 Poznań

tel.: 61 861 22 67, fax: 61 861 22 66

e-mail: pielęgniarstwopolskie@ump.edu.pl

www.pielęgniarstwo.ump.edu.pl



PIELĘGNIARSTWO POLSKIE

POLISH NURSING

REDAKTORZY TEMATYCZNI

mgr Katarzyna Gołębiewska
dr Katarzyna Plagens-Rotman
dr Joanna Stanisławska
dr Renata Wójcik

LISTA RECENZENTÓW

dr Agnieszka Bańkowska
dr hab. Grażyna Bączyk
dr Benedykt Bober
prof. Antonio Cicchella
dr Justyna Cwajda-Białasik
dr Józefa Czarnecka
dr Grażyna Czerwiak
dr hab. Joanna Gotlib
dr Grażyna Iwanowicz-Palus
doc. Helena Kadučáková
Douglas Kemerer
dr Ewa Kobos
dr Halina Król
dr Urszula Kwapisz
dr Włodzimierz Łojewski
prof. Mária Machalová
prof. Anders Møller Jensen
prof. dr hab. Henryk Mruk
dr Jana Nemcová
dr inż. Iwona Nowakowska
dr Jan Nowomiejski
dr Piotr Pagórski
prof. dr hab. Mariola Pawlaczyk
dr hab. Beata Pięta prof. UM
dr Wojciech Grzegorz Polak
Otilie Rung
dr Zofia Sienkiewicz
dr Beata Skokowska
dr Ewa Szykiewicz
dr hab. Dorota Talarska
dr hab. Monika Urbaniak prof. UM
dr Aleksandra Zielińska
dr Katarína Žiaková
prof. Klaudia J. Ćwiękała-Lewis

Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)

Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)

Collegium Medicum w Bydgoszczy UMK w Toruniu (Polska)
Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
NZOZ Nadmorskie Centrum Rehabilitacji (Polska)
University of Bologna (Włochy)
Collegium Medicum w Bydgoszczy UMK w Toruniu (Polska)
Warszawski Uniwersytet Medyczny (Polska)
Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach (Polska)
Warszawski Uniwersytet Medyczny (Polska)
Uniwersytet Medyczny w Lublinie (Polska)
Katoľická Univerzita v Ružomberku (Słowacja)
Nursing Clinical Instructor at York County School of Technology (USA)
Warszawski Uniwersytet Medyczny (Polska)
Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach (Polska)
Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
Prešovská Univerzita (Słowacja)
VIA University College Denmark (Dania)
Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu (Polska)
Comenius University in Bratislava (Słowacja)
Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
University Medical Center Rotterdam (Holandia)
The University of Arizona College of Nursing (USA)
Warszawski Uniwersytet Medyczny (Polska)
Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
Collegium Medicum w Bydgoszczy UMK w Toruniu (Polska)
Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)
Comenius University in Bratislava (Słowacja)
Faculty at Health Sciences and Nursing, Phoenix University (USA)

PIEŁĘGNIARSTWO POLSKIE

POLISH NURSING



EDITORIAL BOARD

Editor-in-Chief

Krystyna Jaracz

Vice Editor-in-Chief

Krystyna Górna

Danuta Dyk

Małgorzata Kotwicka

EDITORIAL ADVISORY BOARD

Vincenzo Antonelli

Grażyna Bączyk

Merita Berisha

Regina Bisikiewicz

Antonio Cicchella

Susumu Eguchi

Aleksandra Gaworska-Krzemińska

Barbara Grabowska-Fudala

Elżbieta Grochans

Aleksandra Gutysz-Wojnicka

Lotte Kaba-Schönstein

Helena Kadučáková

Karin Klas

Christina Koehlen

Maria Kózka

Halyna Krytska

Anna Ksykiewicz-Dorota

Joanna Lewko

Mária Machalová

Ludmiła Marcinowicz

Ewa Mojs

Jana Nemcová

Grażyna Nowak-Starz

Beata Pięta

Hildebrand Ptak

Joanna Rosińczuk

Silvia Scelsi

Maria T. Szewczyk

Arkadii Shulhai

Robert Ślusarz

Dorota Talarska

Monika Urbaniak

Frans Vergeer

Ewa Wilczek-Rużyczka

Katarína Žiaková

Scientific Secretary

Barbara Grabowska-Fudala

Editorial Secretary

Barbara Grabowska-Fudala

LUISS Guido Carli di Roma (Italy)

Poznan University of Medical Sciences (Poland)

University of Prishtina (Kosowo)

European Association of Service Providers for Persons with Disabilities (EASPD)

University of Bologna (Italy)

Graduate School of Biomedical Sciences, Nagasaki University (Japan)

Medical University of Gdańsk (Poland)

Poznan University of Medical Sciences (Poland)

Pomeranian Medical University in Szczecin (Poland)

University of Warmia and Mazury in Olsztyn (Poland)

Hochschule Esslingen (Germany)

Katolícka Univerzita v Ružomberku (Slovakia)

Studiengangsleitung Gesundheits- und Krankenpflege, IMC FH Krems (Austria)

Evangelische Hochschule Berlin (Germany)

Jagiellonian University Collegium Medicum (Poland)

Ternopil State Medical University (Ukraine)

Medical University of Lublin (Poland)

Medical University of Białystok (Poland)

Prešovská Univerzita (Slovakia)

Medical University of Białystok (Poland)

Poznan University of Medical Sciences (Poland)

Comenius University in Bratislava (Slovakia)

Jan Kochanowski University in Kielce (Poland)

Poznan University of Medical Sciences (Poland)

Evangelische Hochschule Berlin (Germany)

Wrocław Medical University (Poland)

Vice president of Aniasi, Director of nursing and health professions department, Children's Hospital "G. Gaslini" Genoa (Italy)

Nicolaus Copernicus University Ludwik Rydygier Collegium Medicum (Poland)

Ternopil State Medical University (Ukraine)

Nicolaus Copernicus University Ludwik Rydygier Collegium Medicum (Poland)

Poznan University of Medical Sciences (Poland)

Poznan University of Medical Sciences (Poland)

Fontys Hogescholen (Holland)

Andrzej Frycz Modrzewski Krakow University (Poland)

Comenius University in Bratislava (Slovakia)

EDITOR'S ADDRESS

Polish Nursing

The Faculty of Health Sciences

Poznan University of Medical Sciences

11 Smoluchowskiego Str., 60-179 Poznań, Poland

phone: +48 61 861 22 67, fax: +48 61 861 22 66

e-mail: pielegniarstwopolskie@ump.edu.pl

www.pielegniarstwo.ump.edu.pl



PIELĘGNIARSTWO POLSKIE

POLISH NURSING

THEMATIC EDITORS

Katarzyna Gołębiowska
Katarzyna Plagens-Rotman
Joanna Stanisławska
Renata Wójcik

Poznan University of Medical Sciences (Poland)

Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Poznan University of Medical Sciences (Poland)

THE LIST OF THE REVIEWERS

Agnieszka Bańkowska
Grażyna Bączyk
Benedykt Bobier
Antonio Cicchella
Justyna Cwajda-Białasik
Józefa Czarnecka
Grażyna Czerwiak
Joanna Gotlib
Grażyna Iwanowicz-Palus
Helena Kadučáková
Douglas Kemerer
Ewa Kobos
Halina Król
Urszula Kwapisz
Włodzimierz Łojewski
Mária Machalová
Anders Møller Jensen
Henryk Mruk
Jana Nemcová
Iwona Nowakowska
Jan Nowomiejski
Piotr Pagórski
Mariola Pawlaczyk
Beata Pięta
Wojciech Grzegorz Polak
Otilie Rung
Zofia Sienkiewicz
Beata Skokowska
Ewa Szykiewicz
Dorota Talarska
Monika Urbaniak
Aleksandra Zielińska
Katarína Žiaková
Klaudia J. Ćwiękała-Lewis

Nicolaus Copernicus University Collegium Medicum (Poland)
Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Seaside Rehabilitation Centre (Poland)
University of Bologna (Italy)
Collegium Medicum in Bydgoszcz Nicolaus Copernicus University in Toruń
Medical University of Warsaw (Poland)
Jan Kochanowski University in Kielce (Poland)
Medical University of Warsaw (Poland)
Medical University of Lublin (Poland)
Katólická Univerzita v Ružomberku (Slovakia)
Nursing Clinical Instructor at York County School of Technology (USA)
Medical University of Warsaw (Poland)
Jan Kochanowski University in Kielce (Poland)
Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Prešovská Univerzita (Slovakia)
VIA University College Denmark (Denmark)
Poznan University of Economics (Poland)
Comenius University in Bratislava (Slovakia)
Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Poznan University of Medical Sciences (Poland)
University Medical Center Rotterdam (Holland)
The University of Arizona College of Nursing (USA)
Medical University of Warsaw (Poland)
Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Nicolaus Copernicus University Collegium Medicum (Poland)
Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Poznan University of Medical Sciences (Poland)
Comenius University in Bratislava (Slovakia)
Faculty at Health Sciences and Nursing, Phoenix University (USA)

SPIS TREŚCI

Od redaktora	119
PRACE ORYGINALNE	
<i>Maria Kózka, Iwona Bodys-Cupak, Bożena Strzelec, Anna Majda</i> Satysfakcja z opieki pielęgniarskiej pacjentów leczonych w oddziałach internistycznych	121
<i>Jolanta Witanowska, Aneta Ilona Warmuz-Wancisiewicz, Alicja Ullman</i> Hospitalizacja jako sytuacja trudna dla dziecka w opinii jego rodziców i personelu pielęgniarskiego	129
<i>Barbara Ewa Zych, Iwona Madej, Krystyna Krygowska, Anna Hartman Ksycińska</i> Czynniki determinujące wiedzę położnych o noworodku z ciąży powikłanej cukrzycą	134
<i>Agata Wojcieszek, Anna Nawalana, Anna Majda</i> Poczucie optymizmu oraz własnej skuteczności małopolskich pielęgniarek korzystających z kształcenia podyplomowego	141
<i>Magdalena Nieckula, Paulina Irena Jabłońska, Alicja Agata Duda, Kinga Fecko-Gałowicz</i> Inicjacja seksualna wśród młodzieży szkół ponadgimnazjalnych	148
<i>Małgorzata Stefańska, Anna Majda</i> Religijność i akceptacja choroby wśród osób z cukrzycą	156
<i>Magdalena Strugała, Marzena Adamczewska, Dorota Talarska</i> Analiza wiedzy studentów kierunku pielęgniarstwa na temat zagrożeń i uciążliwych warunków pracy pielęgniarek	165
<i>Mariusz Jaworski, Mariusz Panczyk, Małgorzata Skubek, Aleksander Zarzeka, Joanna Gotlib</i> Wybrane aspekty umiejętności przywódczych a satysfakcja z pracy i życia położnych	171
<i>Sławomir Szymański, Paula Aniołkowska, Violetta Konstanty-Kurkiewicz, Dorota Fryc</i> Wpływ zajęć w szkole rodzenia na przebieg porodu	179
<i>Małgorzata Dziubak, Marek Motyka</i> Postrzeganie zawodu pielęgniarki przez studentki pielęgniarstwa w okresie kształcenia na studiach licencjackich	185
PRACE POGLĄDOWE	
<i>Błaszczak Anna</i> Skuteczność treningu redukcji stresu opartego na uważności jako metody wsparcia personelu pielęgniarskiego w radzeniu sobie ze stresem i wypaleniem zawodowym	192
<i>Łukasz Nowak, Krzysztof Kaliszewski, Joanna Chorbińska, Hanna Santorowska</i> Guzki tarczycy – przegląd aktualnych zaleceń dotyczących postępowania diagnostyczno-terapeutycznego	198
<i>Patrycja Zofia Zurzycka, Katarzyna Czyżowicz, Grażyna Puto</i> Sztuczne żywienie osób cierpiących na zaburzenia odżywiania jako składowa opieki pielęgniarskiej – wybrane zagadnienia etyczne	204
PRACE KAZUISTYCZNE	
<i>Angelika Puzio, Hanna Grabowska</i> Wykorzystanie międzynarodowego standardu ICNP® w opiece pielęgniarskiej nad dzieckiem z chorobą refluksową przełyku	211
<i>Aleksandra Agnieszka Grzywacz</i> Opieka pielęgniarska nad pacjentem po zabiegu przezcewkowej elektroresekcji gruczołu krokowego we wczesnym okresie pooperacyjnym – studium przypadku	216
INFORMACJE	
Recenzenci „Pielęgniarstwa Polskiego” w roku 2018	221
Wskazówki dla autorów	222

CONTENTS

Editor's note	120
ORIGINAL PAPERS	
<i>Maria Kózka, Iwona Bodys-Cupak, Bożena Strzelec, Anna Majda</i> The nursing satisfaction of patients treated at internal medicine wards	121
<i>Jolanta Witanowska, Aneta Ilona Warmuz-Wancisiewicz, Alicja Ullman</i> Hospitalization as a difficult situation for children in the opinion of parents and nursery personnel	129
<i>Barbara Ewa Zych, Iwona Madej, Krystyna Krygowska, Anna Hartman Ksycińska</i> Factors determining midwives' knowledge about newborns from pregnancies complicated by diabetes mellitus	134
<i>Agata Wojcieszek, Anna Nawalana, Anna Majda</i> A sense of optimism and self-efficacy of Malopolska nurses using post-graduate education	141
<i>Magdalena Nieckula, Paulina Irena Jabłońska, Alicja Agata Duda, Kinga Fecko-Gałowicz</i> Sexual initiation among youth from high schools	148
<i>Małgorzata Stefańska, Anna Majda</i> Religiousness and acceptance of the disease among persons with diabetes	156
<i>Magdalena Strugała, Marzena Adamczewska, Dorota Talarska</i> Analysis of nursing students' knowledge on threats and onerous work conditions of nurses	165
<i>Mariusz Jaworski, Mariusz Panczyk, Małgorzata Skubek, Aleksander Zarzeka, Joanna Gotlib</i> Selected aspects of leadership skills and midwives' work and life satisfaction	171
<i>Sławomir Szymański, Paula Aniołkowska, Violetta Konstanty-Kurkiewicz, Dorota Fryc</i> The impact of prenatal training of future parents on parturition	179
<i>Małgorzata Dziubak, Marek Motyka</i> Perception of the nursing profession by nursing students in the course of education at undergraduate nursing studies	185
REVIEW PAPERS	
<i>Błaszczak Anna</i> The effectiveness of mindfulness stress based reduction training as a method of supporting nurses in coping with stress and burnout	192
<i>Łukasz Nowak, Krzysztof Kaliszewski, Joanna Chorbińska, Hanna Santorowska</i> Thyroid nodules – review of current diagnostic and therapeutic recommendations	198
<i>Patrycja Zofia Zurzycka, Katarzyna Czyżowicz, Grażyna Puto</i> Artificial nutrition of people with dementia disorders as a contribution to nursing care - selected ethical issues	204
CASE STUDY	
<i>Angelika Puzio, Hanna Grabowska</i> The use of international ICNP® standard in the nursing care of a child with gastroesophageal reflux disease	211
<i>Aleksandra Agnieszka Grzywacz</i> Nursing care of a patient after transurethral resection of the prostate in the early postoperative period – a case study	216
INFORMATION	
Reviewers of "Polish Nursing" in 2018	221
Guidance for authors	222

OD REDAKTORA

Szanowni Czytelnicy,

w imieniu Komitetu Naukowego prezentujemy Państwu letnie wydanie „Pielęgniarstwa Polskiego” z roku 2019. Zawiera ono dziesięć prac oryginalnych, trzy artykuły poglądowe i dwa opisy przypadków. Artykuły są poświęcone różnym interesującym zagadnieniom, np.: opiniom pacjentów na temat opieki szpitalnej, poglądom studentów pielęgniarstwa na temat różnych aspektów zawodu pielęgniarskiego oraz zastosowaniu w procesie pielęgnowania standardu ICNP.

Szczególnie chcielibyśmy zwrócić Państwa uwagę na kilka artykułów poświęconych powyższej tematyce, a mianowicie na prace: „Zadowolenie z opieki pielęgniarskiej pacjentów leczonych w oddziałach internistycznych” autorstwa Marii Kózki i wsp., „Postrzeganie zawodu pielęgniarki przez studentki pielęgniarstwa w okresie kształcenia na studiach licencjackich” przygotowaną przez Małgorzatę Dziubak i Marka Motykę oraz „Wykorzystanie międzynarodowego standardu ICNP® w opiece pielęgniarskiej nad dzieckiem z chorobą refluksową” napisaną przez Angelikę Puzio i Hannę Grabowską.

Mamy nadzieję, że te i wszystkie pozostałe prace wzbudzą zainteresowanie wśród personelu medycznego, badaczy, studentów kierunków medycznych i przedstawicieli innych, pokrewnych dziedzin.

Jednocześnie serdecznie zachęcamy Państwa do zgłaszania prac oryginalnych, poglądowych i opisów przypadku w celu ich publikacji w „Pielęgniarstwie Polskim”. Prace publikowane są w języku polskim lub angielskim. Manuskrypty można przysyłać drogą elektroniczną poprzez panel redakcyjny dostępny na oficjalnej stronie internetowej czasopisma: <http://www.pielęgniarstwo.ump.edu.pl/>.

Życzymy Państwu przyjemnej lektury kolejnego wydania „Pielęgniarstwa Polskiego”.

*Prof. dr hab. Krystyna Jaracz
Redaktor Naczelna*

*Dr Barbara Grabowska-Fudala
Sekretarz Naukowy*

■ EDITOR'S NOTE

Dear Readers,

on behalf of the Scientific Committee, we present you the 2019 Summer issue of the 'Polish Nursing', which contains ten original papers, three review articles and two case reports. These papers deal with several interesting issues, for example: clients' opinions about hospital care, nursing students' views about different aspects of the nursing profession, and implementation, in the process of nursing, the International Classification for Nursing Practice (ICNP).

We would like to draw your special attention to a few papers devoted to these topics, namely to the following articles: 'The nursing satisfaction of patients treated at internal medicine wards', authored by Maria Kózka et al., 'Perception of the nursing profession by nursing students in the course of education at undergraduate nursing studies' by Małgorzata Dziubak, and Marek Motyka, and 'The use of the international ICNP® standard in the nursing care of a child with gastroesophageal reflux disease' written by Angelika Puzio and Hanna Grabowska.

We hope that all papers in the current issue will find their readership among medical personnel, research workers of medical universities, as well as representatives of other related fields.

At the same time, we would like to strongly encourage you to submit original articles, reviews and case reports for publication in the 'Polish Nursing'. Articles are published in Polish and English. Manuscripts can be submitted online, through the editorial system available at the journal official website at <http://www.pielęgniarstwo.ump.edu.pl>.

We wish you enjoyable reading of this issue of the Polish Nursing!

*Professor Krystyna Jaracz
Editor in Chief*

*Barbara Grabowska-Fudala, PhD
Scientific Secretary*

THE NURSING SATISFACTION OF PATIENTS TREATED AT INTERNAL MEDICINE WARDS

SATYSFAKCJA Z OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ PACJENTÓW LECZONYCH W ODDZIAŁACH INTERNISTYCZNYCH

Maria Kózka^{1,a}, Iwona Bodys-Cupak^{1,b}, Bożena Strzelec^{2,c}, Anna Majda^{1,d}

¹ Faculty of Health Sciences, Jagiellonian University Medical College

² Oncology Center im. M. Curie-Skłodowska, Kraków

^a <https://orcid.org/0000-0002-5165-6929>

^b <https://orcid.org/0000-0002-8445-4442>

^c <https://orcid.org/0000-0002-5239-3657>

^d <https://orcid.org/0000-0003-3632-1319>

DOI: <https://doi.org/10.20883/pielpol.2019.16>

ABSTRACT

Introduction. The patients' satisfaction with nursing is a very important indicator of the quality of provided services. A few main aspects are distinguished, which constitute the quality of care from the patient's point, and which impact the satisfaction e.g. interpersonal relations and the process of communication, professionalism of workers, availability of services and their organization, organizational amenities, the continuity of care, and access to additional services, a patient's lifestyle, previous experiences with nursing, expectations, as well as individual and social values.

Aim. The goal of the paper was to assess the nursing satisfaction of patients, treated at internal medicine wards.

Material and Methods. The study involved 138 patients. The Newcastle Satisfaction with Nursing Scale, the Acceptance of Illness Scale, and the Self-Esteem Scale have been used in the research. To determine the dependencies between the variables, the Spearman's correlation coefficient, and the Dunn's test post-hoc analysis have been used.

Results. The average nursing quality score was at 149.98 points, the general score concerning experiencing nursing care was at 76.45 points, and the satisfaction with nursing at 73.52 points. The average Acceptance of Illness Scale score was at 26.77 points, the average Self-Esteem score reached 17.70.

Conclusions. Those respondents who possessed a lower level of illness acceptance and self-esteem, and who have spent less time in hospital did better assess the general quality of nursing care, experiences, and satisfaction concerning the care.

KEYWORDS: client satisfaction, hospital care, hospitalized patient, patient, quality of care.

STRESZCZENIE

Wstęp. Zadowolenie pacjentów z opieki jest bardzo ważnym wskaźnikiem jakości świadczonych usług. Wyróżnia się kilka głównych aspektów, które decydują o jakości opieki z punktu widzenia pacjenta i które wpływają na satysfakcję, np.: relacje interpersonalne i proces komunikacji, profesjonalizm pracowników, dostępność usług i ich organizacja, udogodnienia organizacyjne, ciągłość opieki i dostęp do dodatkowych usług, styl życia pacjenta, wcześniejsze doświadczenia z pielęgniarstwem, oczekiwania, a także wartości indywidualne i społeczne.

Cel. Celem pracy była ocena zadowolenia pacjentów leczonych w oddziałach internistycznych z opieki pielęgniarstwa oraz poznanie zmiennych ją warunkujących.

Materiał i metody. Badaniem objęto 138 pacjentów. W badaniu zastosowano metodę szacowania wykorzystując Skalę Zadowolenia z Pielęgnacji Newcastle, Skalę Akceptacji Choroby i Skalę Samooceny. Uzyskane dane oceniono punktowo i procentowo, testem t-Studenta, Manna-Whitneya, Kruskala-Wallis, ANOVA, zależność między zmiennymi współczynnikiem korelacji Spearmana (r_s), a analizę post-hoc testem Dunna.

Wyniki. Średni wynik jakości opieki pielęgniarstwa wyniósł 149,98 punktu, ogólna ocena doświadczeń z opieki pielęgniarstwa 76,45 punktu, a zadowolenie z opieki pielęgniarstwa 73,52 punkty. Średni wskaźnik akceptacji choroby wyniósł 26,77 punktu, a średni wskaźnik samooceny 17,70.

Wnioski. Badani krócej przebywający w szpitalu, z niskim poziomem akceptacji choroby i niską samooceną wyżej ocenili ogólną jakość opieki pielęgniarstwa, doświadczenia i zadowolenie z opieki.

SŁOWA KLUCZOWE: zadowolenie klienta, opieka szpitalna, hospitalizowany pacjent, pacjent, jakość opieki.

Introduction

The patients' satisfaction with nursing constitutes an acknowledged indicator of the quality of provided services.

It is perceived as an important element of assessing and improving health care [1–2]. Patients' satisfaction with nursing services is especially significant,

as nurses constitute the largest group of health care employees, who have a constant contact with patients in order to meet their needs. Thus, they maintain and reinstate the patients' health. The analysis of literature shows that the authors agree as to the importance of nursing care in forming the overall satisfaction of patients with health services [3–4]. The American Nurses Association has accepted the satisfaction of patients with nursing care as one of the seven indicators important for a health care organization [5]. Satisfaction means the degree to which nursing care meets the patients' expectations in terms of the quality of services, availability, continuity, and results [6].

An increase in the interest concerning of patient satisfaction with nursing can be observed in recent years because it has been recognized that quality should not only be evaluated through efficiency but also by the patients themselves [1, 4]. In terms of quality management on the level of a hospital, it has also been assumed that an increase of quality should be based on reliable information concerning the expectations and satisfaction of patients taking advantage of health services. Measuring patient's satisfaction may also be used for promoting health services of a given institution and professional group. Patients satisfied with the medical care constitute the best source of recommendations concerning a given institution for other patients [3–4,7].

The validity of assessing the patients' satisfaction with nursing has been questioned for many years. An example is the approach of H. Vuori [8], who believed that patients did not possess sufficient medical knowledge to evaluate the quality of nursing, and their medical condition and a multitude of undertaken diagnostic and therapeutic interventions limited their capabilities to perform an objective assessment. Furthermore, he pointed to the fact that assessing the quality of care depended on the cultural customs, different in various countries [8]. According to R. Crowet et al. [7], questioning the research related to evaluating patients' satisfaction with nursing care results from the lack of a unified definition, concept, and measuring tool. It is true that the patients may have difficulties with objectively evaluating the quality of provided care. However, satisfaction, as a patient's subjective assessment, constitutes a valuable and important source of information on how the manner of providing care meets the needs and expectations of a patient, and what factors determine the lack of satisfaction. The gathered information constitute a base for implementing changes to adjust the system to the patients' needs and indicate the direction of actions in favor of quality [2].

Determining a patient's level of satisfaction is not easy due to the multitude and diversity of the factors

conditioning it, as well as the subjectivity of this phenomenon. A few main aspects are distinguished, which constitute the quality of care from the patient's point of view, and which impact the satisfaction. These include: interpersonal relations and the process of communication, the professionalism of workers, availability of services and their organization, organizational amenities, the continuity of care, and access to additional services [1]. According to Acaroğlu et al. [9] a patient's lifestyle, previous experiences with nursing, expectations, as well as individual and social values, all have an impact on evaluating the satisfaction. Others believe that patient's satisfaction depends on the age, sex, education, marital status, expectations, as well as physical and mental condition [10–13]. Every patient possesses a set of defined expectations, meeting which leads to achieving satisfaction. The higher the expectations the higher the risk of not meeting them and a resulting sense of dissatisfaction [10]. High scores indicate that the method of providing care is adjusted to the patients' needs and meets their expectations. A satisfied patient is more willing to cooperate and follow the recommendations of doctors and nurses, which leads to better clinical results [11, 12]. According to Peterson et al. [14], asking patients for their opinion in terms of the provided care gives them a sense of importance and ability to impact the health care system. Initial attempts to research patients' satisfaction in terms of nursing have been undertaken in the 50s [15]. Initially, the focus was on developing the tools for assessing satisfaction [16], then on defining the term satisfaction itself [17], and identifying the basic components of patients' satisfaction [13, 18–24]. Literature currently includes multiple tools for evaluating patients' satisfaction in terms of nursing, implemented in various cultural contexts and systems of health care, as well as among the ill suffering from specific dysfunctions [16]. One of such tools which have underwent validation, allowing for an international comparison and a long-term observation is the Newcastle Satisfaction with Nursing Scale (NSNS) [13, 19–24]. The scale is used to research the opinions and experiences of patients in terms of nursing care. The Newcastle Satisfaction with Nursing Scale has also been translated and validated in Poland [20, 22]. The validation of this tool, carried out by its creators in Great Britain, has shown that it is a precise, reliable, and sensitive instrument, and its advantage is the possibility to perform a validation of the patients' satisfaction and experiences in hospital [23].

The goal of the paper was to evaluate the nursing satisfaction of patients treated at internal medicine wards and to learn the variables conditioning it.

Methods

The research included 138 patients treated since May 2016 at the Clinic of Internal and Geriatric Medicine, and the Nephrology Clinic of the University Hospital in Kraków, Poland. The criteria for being included in the research were: informed consent, staying in the ward for at least two days, maintained consciousness, and the ability to work with the person carrying out the research. The results of the nursing satisfaction scale, experiences in terms of the nursing, and a general quality of the nursing constituted the dependent variable. The social-demographic variables, as well as the acceptance of illness and self-esteem of the researched, constituted the independent variables.

The data have been collected with the use of the Newcastle Satisfaction with Nursing Scale (NSNS), Acceptance of Illness Scale, and the Self-esteem Scale.

Instruments

The Newcastle Satisfaction with Nursing Scale (NSNS)

The NSNS has been developed by a team of scientists from the Centre for Health Services Research of the University of Newcastle in England, and serves the role of assessing the level of patients' satisfaction with nursing [23]. The NSNS consists of two separate scales (a scale concerning experiences in terms of nursing, and a scale of satisfaction with nursing) as well as a part including questions for the researched concerning their socio-demographic features and their stay in hospital. The scale concerning experiences in terms of nursing includes 26 statements (15 positive and 11 negative) with the possibility to answer on a 7 degree Likert scale, where 0 means "I absolutely disagree" and 7 means "I absolutely agree". The analysis of the answers allows to determine the general score of the "experience" on a 0-100 score scale, where 100 means the best possible experience and 0 means the worst imaginable experience. The scale of satisfaction with nursing includes 19 aspects of nursing, concerning the level of satisfaction with the possibility to answer on a 7 degree Likert scale, where 0 means "I absolutely disagree" and 7 means "I absolutely agree". Analyzing the answers allows to determine the general satisfaction with care on a 0-100 score scale, where 100 means absolute satisfaction with nursing and 0 means a complete lack of satisfaction with any aspect of that care. The assessment of the experiences related to the nursing care and the satisfaction with it make up the overall nursing quality score. The maximum score on the NSNS scale is 200 points. A high score means satisfaction with the nursing care, and its high quality.

A low score indicates the lack of satisfaction and a low quality of care [13, 19–24].

The reliability of the Newcastle Satisfaction with Nursing Scale has been researched separately for the results achieved in terms of the scales concerning the "experience" and "satisfaction" with nursing care. On the scale of "experiences" the Cronbach's alpha coefficient of reliability reached 0.92, whereas on the "satisfaction" scale – 0.98 [22, 24].

The NSNS is a tool which may be used to compare experiences and satisfaction levels between groups of patients, wards, and hospitals, but also to carry out longitudinal comparisons (before and after a planned or unplanned intervention), controls of standards, and assessing the expected post-nursing changes [23–24].

The Acceptance of Illness Scale (AIS)

The AIS has been created by Felton and coauthors (1984) from the Center of Community Research and Action at the Faculty of Psychology of the New York University, and the adaptation of the Polish version was carried out by Z. Juczyński [24]. The scale is used to measure the degree of accepting an illness, and consists of eight statements which describe the negative consequences of a bad health condition such as: limitations resulting from an illness, lack of independence, dependency on others, and self-esteem. With the use of a 5 degree Likert scale, the patients determine whether the consequences concern them, and to what degree. 1 means "I absolutely agree" and 5 "I absolutely disagree". The scale of points is between 8 and 40. A low score indicates not accepting the illness and low self-esteem, while a high score indicates a high acceptance of the illness and a high self-esteem with no negative emotions. The Cronbach's alpha coefficient of the original version is at 0.85, while for the Polish adaptation it is 0.82 [24].

The Rosenberg's Self-Esteem Scale (SES)

The Self-Esteem Scale has been developed by Morris Rosenberg in 1965 and its Polish adaptation was carried out by Łaguna, Lechowicz-Tabaczek, Dzwonkowska [25]. The scale measures the general level of self-esteem with a self-description, which is regarded as a relatively constant feature and not a temporary condition. The scale consist of 10 statements and answers in the form of a 4 degree Likert scale where 1 means "I definitely agree" and 4 "I definitely disagree". The scope of all possible points is between 10 and 40. A low score indicates a high level of self-esteem, while a high score represents low self-esteem. Depending on the age of the researched groups, the Cronbach's alpha coefficient of reliability varies between 0.81 and

0.83. For the purposes of the following research it has been estimated that a score between 10–24 constitutes a high level, 25–29 points an average level, and 30–40 points a low level of self-esteem.

Ethical considerations

The Bioethical Commission of the Jagiellonian University has permitted carrying out the research (permission number 122.6120.261.2016). Permissions were also granted by the managers of the clinics in which the research was conducted, the Deputy Medical Director of the University Hospital in Kraków, as well as the researched patients.

Data analysis

The gathered data have been assessed in a grading and percentile manner, as well as statistically analyzed with the use of the Microsoft Excel 2010 software.

The analysis has been carried out in accordance with the procedure defined by the authors of the Polish adaptations of the scales. Elements of descriptive statistics have been used to describe the researched group and the characteristics of variables, Spearman's correlation coefficient (r_s) and Dunn's test post-hoc were used to assess the dependencies between variables, and the T-Student, Mann-Whitney, Kruskal-Wallis, and ANOVA tests for researching the distribution of variables. The statistical significance has been assumed at $\alpha=0.05$, positive correlation $|r_s|>0$, no correlation $|r_s|=0$, negative correlation $|r_s|<0$. T-Student and ANOVA tests have been used for a normal distribution of variables, Mann-Whitney and Kruskal-Wallis tests in the situation of no normal distribution of variables.

Results

The research included 60.1% of women. The average age of the researched was 70 years. Half of the people were between 71 and 90 years old. Residents of cities constituted more than a half (52%) of the researched people. The education of the researched was diversified. There were more (67%) people with a primary or vocational education.

Analyzing the Newcastle Satisfaction with Nursing Scale

The initial part of the Newcastle Satisfaction with Nursing Scale included an assessment of the experiences concerning nursing care. The researched have assessed the experience at 76.45 points on a scale of 0-100.

Table 1 includes an analysis of experiences concerning nursing care, taking into consideration socio-demographic variables of the researched. The sex and place of residence of the researched did not have an impact on

evaluating the experiences concerning nursing care. People with higher education assessed the experiences concerning nursing higher than people with vocational, secondary, or primary education. People older than 70, assessed their experiences with nursing care better than younger people. Statistical analysis has shown that the assessment concerning experiences with nursing care does not strongly depend on: sex, age, or place of residence of the researched ($p>0.05$).

Table 1. General assessment of experiences concerning nursing care, taking into consideration social-demographic variables of the researched

Total nursing experience score	Average satisfaction score (points)	Average satisfaction score (%)	SD	Me	Min.	Max.	T-Student, Mann-Whitney, ANOVA p
0-100	76.45	76.45	8.49	77.56	54.49	97.44	
Variables	M	SD	Me	Min.	Max.		
Women	76.72	8.58	77.56	58.33	97.44		0.65
Men	76.04	8.40	78.84	54.48	94.87		
Country-side	76.76	8.99	78.84	54.48	91.02		0.571
City	76.16	8.05	75.96	58.33	97.43		
Higher education	77.38	8.97	79.80	62.17	87.82		
Secondary education	76.53	8.53	75.00	58.97	91.02		0.968
Vocational education	76.48	9.19	76.92	54.88	94.87		
Primary education	76.05	7.69	78.84	58.33	97.43		
30–50 years	76.85	9.73	75.32	63.46	87.82		
51–70 years	75.30	9.49	74.35	54.48	91.02		0.64
71–90 years	77.11	7.73	78.84	58.33	97.43		
> 90 years	78.31	5.59	78.52	71.79	87.17		

Source: author's own research

The second part of the Newcastle Satisfaction with Nursing Scale concerned satisfaction in terms of nursing. The researched group assessed the satisfaction on a scale of 0–100 at 73.52 points. The statistical analysis of satisfaction with nursing, taking into consideration socio-demographic variables, is included in **table 2**. Men, younger people, those possessing vocational education, and residents of rural areas assessed the nursing care as better. The statistical analysis has shown that the assessment of nursing does not depend on such variables as sex, place of residence, and education of the researched ($p>0.05$). Whereas, it does de-

pend on age ($p<0.05$), as it was significantly higher in the group of people not older than 50, than in the group of people 70–90 years old.

Table 2. General assessment of satisfaction with nursing, taking into consideration socio-demographic variables

Total nursing satisfaction score	Average satisfaction score (points)	Average satisfaction score (%)	SD	Me	Min.	Max.	T-Student, ANOVA, Dunn p
0–100	73.52	73.52	9.61	73.03	52.63	94.74	
Variables	M	SD	Me	Min.	Max.		
Women	74.77	9.43	73.68	52.63	94.74		0.059
Men	71.62	9.65	69.73	52.63	93.42		
Place of residence – countryside	77.66	10.03	73.68	52.63	94.73		0.184
Place of residence – city	72.47	9.16	71.05	52.63	94.73		
Higher education	75.93	11.47	75.00	53.94	94.73		0.708
Secondary education	74.19	10.86	71.05	52.63	92.10		
Vocational education	72.78	9.74	72.36	52.63	94.73		
Elementary education	73.10	7.91	71.05	56.57	93.42		
30–50 years	81.84	10.37	82.89	64.47	94.73		0.013
51–70 years	74.37	10.16	73.68	52.63	94.73		
71–90 years	71.98	8.65	71.05	52.63	93.42		
> 90 years	65.73	7.06	69.73	60.52	77.63		

Source: author's own research

The average score of the general nursing quality reached 149.98 points out of the 200 possible. **Table 3** includes the analysis of the general nursing score, taking into consideration socio-demographic variables. Women, younger people, residents of rural areas, and people possessing higher education have assessed the overall quality of nursing better. The statistical analysis did not show any dependencies between the general quality of nursing and the sex, age, or place of residence of the researched ($p>0.05$).

Table 3. General assessment of the quality of nursing, taking into consideration socio-demographic variables

Total Newcastle Satisfaction with Nursing Scale score	Average satisfaction score (points)	Average satisfaction score (%)	SD	Me	Min.	Max.	T-Student, Mann-Whitney, Kruskal-Wallis p
0–200	149.98	74.5	14.17	148.11	118.96	190.86	
Variable feature	M	SD	Me	Min.	Max.		
Women	151.50	14.96	152.63	124.69	190.86		0.121
Men	147.67	12.66	147.50	118.96	183.13		
Countryside	151.42	14.87	151.04	118.96	183.13		0.158
City	148.64	13.46	147.41	125.33	190.85		
Higher education	153.32	12.46	155.02	125.33	169.43		0.502
Secondary education	150.72	15.78	148.11	124.69	183.13		
Vocational education	149.27	14.81	147.25	118.96	183.19		
Primary Education	149.16	12.94	147.90	130.60	190.85		
30–50 years	158.70	12.86	160.34	132.42	177.96		0.156
51–70 years	149.68	16.47	148.11	118.96	183.19		
71–90 years	149.10	12.43	147.90	129.14	190.85		
> 90 years	148.04	10.52	147.33	133.60	164.81		

M – average, SD – standard deviation, p – level of statistical significance, Me – median

Source: author's own research

Analysis of the Acceptance of Illness scale

The average rate of illness acceptance within the researched group reached 26.77 points ($SD=7.77$, $Me=28.00$) on a scale of 8 to 40 therefore, it may be stated that it is on an average level.

The Spearman's correlation coefficient concerning the general assessment of the nursing quality and acceptance of illness was at -0.173 , which indicates a weak negative correlation and means that the general quality of nursing has been assessed worse by patients with a higher illness acceptance level.

Analysis of the Self-Esteem Scale SES

The average rate of self-esteem measured with the M. Rosenberg's Self-Esteem Scale SES reached 17.70 points ($SD=6.07$, $Me=17.50$) on a scale between 0 and 40. Therefore, it may be stated that the level was high.

The Spearman's correlation coefficient for the general rate of nursing and self-esteem of the researched was at 0.607 , which indicates a strong positive correlation. Patients reaching more points on the self-esteem

scale (a high score indicates a low level of self-esteem) assessed the general quality of nursing more favorably. Therefore, it may be stated that the researched with low self-esteem, assessed the general quality of nursing very positively.

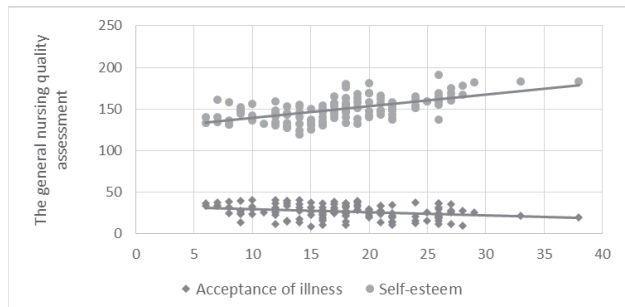


Figure 1. The correlation between the general nursing quality assessment and illness acceptance and self-esteem

Source: author's own research

The Spearman's correlation coefficients concerning the assessment of the general nursing quality, experiences of and satisfaction with that nursing, as well as the length of the stay at the medicine ward were respectively: -0.288 ($p=0.001$); -0.184 ($p=0.031$); -0.242 ($p=0.004$), which indicates a weak but important negative correlation. The general rate of the quality of nursing, experiences and satisfaction concerning that nursing did not depend in any significant manner on the age of the patients ($\rho = -0.064$, $p=0.458$; $\rho = 0.042$, $p=0.642$; $\rho = -0.099$, $p=0.249$).

Summing up, the general nursing quality was assessed worse by those respondents who stayed in hospital for longer than by those who accepted their illness, as well as those who had a high self-esteem.

Discussion

The satisfaction of patients constitutes an important indicator of the quality of health care in terms of hospitals. The measurements of patients' satisfaction with nursing constitute one of the two main elements of health care quality, including respecting patients, understanding patients' needs, and providing proper care [1–3].

The research has shown that the patients were satisfied with nursing (average 74.5%), including the experience in terms of it (average 76.5%), and its general quality (average 73.5%). Similar results have been achieved in other research [3, 6, 10, 26–27].

The assessment of nursing quality depended on the age of the researched. Patients below the age of 50 expressed significantly higher satisfaction than the group between 70 and 90 years old. Different results have been achieved in research by other authors [3, 10–11,

26–28] in which the level of satisfaction was higher in a group of people older than 65. This difference may be the result of both selecting the group as well as the location of the conducted research. The presented research took place at internal medicine wards of a university hospital, as opposed to the mentioned research which included patients from various, non-university hospital wards. According to Theodosopoulou et al. [29], the higher satisfaction of elderly people may be assigned to their difficulties in expressing expectations and assessing the quality of nursing.

No important statistical dependency between the level of satisfaction with nursing and the sex of the respondents has been determined. Similar results have been achieved in other research, which confirmed that the sex had no impact on assessing the nursing satisfaction [13, 28–29]. Different results have been achieved by Uzun [30] and Alasad et al. [12], who have shown that women were more satisfied with nursing than men. Whereas, research by Milutinovic et al. [10] has shown that men were more satisfied with nursing.

The presented research did not confirm the impact of education on the level of nursing satisfaction. Previous research indicates that as the education gets higher, the level of satisfaction with nursing decreases [1, 12–13]. This means that a higher level of education results in an increase of what is expected from the services provided by nurses.

However, an important correlation has been indicated between the patients' satisfaction with nursing and the duration of the stay in hospital. Patients staying in hospital have shown a lower level of satisfaction with nursing. Similar results have been achieved in other research [29, 31], in which patients staying in hospital for more than seven days presented a lower level of satisfaction with nursing. The relation between satisfaction and the hospitalization duration has been also confirmed by research carried out in hospital in Kenya, where the satisfaction of patients hospitalized for more than two weeks was lower than of those staying in hospital for 2–5 days [28]. It may be caused by the fact that a nurse devotes more attention to newly accepted patients, and not those staying in hospital for a longer period of time. However, different results have been achieved in a research by Findik et al. [32], where it was shown that patients hospitalized for a longer period of time (more than 22 days) were more satisfied than the patients staying at the hospital for a shorter period. However, this concerned a specific group of oncologic patients. This is confirmed by the results of research by Akhtari-Zavare [28] and Theodosopoulou et al. [29], stating that diagnosing an illness may constitute a factor important in terms of the patients' satisfaction with nursing.

Research has shown a dependency between nursing satisfaction and variables such as self-esteem and acceptance of illness. Patients accepting their illness and those with higher self-esteem were more satisfied with nursing. A similar dependency has been shown in other research [10, 33]. Patients with a better health condition and a higher self-esteem were more satisfied with nursing.

Limitations

The presented results have a character of initial research and include limitations concerning the number of researched people and the location of conducted research (internal medicine ward, university hospital). The research will be continued in order to verify the achieved results, and following searches of factors conditioning patients' satisfaction with nursing. However, the research discusses a very important problem, which may have an impact on developing recommendations in favor of improving the provided nursing.

Conclusions

Nursing satisfaction, experience, and the general assessment of the quality of nursing by the researched were at a high level. Important factors, conditioning the assessments of patients treated at internal medicine wards of a university hospital, included self-esteem in terms of the health condition, level of accepting the illness, and the duration of hospitalization.

Relevant to clinical practice

The Health organizations need to acknowledge the high quality of nursing care in the internal ward and appreciate the individualization of care. Improving the information transfer in the nurse-patient relationship is needed. Nurses also need support in clinical professional competence developing and coping with stress.

References

- Johansson P, Oleni M, Fridlund B. Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study. *Scand J Car Sci* 2002; 16 (4): 337–344.
- Bjertnaes OA, Sjetne IS, Iversen HH. Overall patient satisfaction with hospitals: effects of patient-reported experiences and fulfillment of expectations. *BMJ Qual Safety*. 2002; 21(1): 39–46.
- Lochoro P. Measuring patient satisfaction and UCMB health institutions. *Health Pol Develop*. 2004; 2 (3): 243–248.
- Piredda M, Vellone E, Piras G et al. Psychometric evaluation of the Newcastle Satisfaction with Nursing Scales. *J Nurs Care Qual*. 2015; 30 (1): 84–92.
- Demir Y, Eşer İ. A Study of scale Development About Patients' Satisfaction with Nursing Services. *J Hosp Manag*. 2005; Jan-Feb-Mar: 31–42.
- Mrayyan MT. Jordanian nurses' job satisfaction, patients' satisfaction and quality of nursing care. *Int Nurs Rev*. 2006; 53 (2): 224–30.
- Crow R, Gage H, Hampson S et al. The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Tech Assess*. 2002; 6 (32): 1–244.
- Vuori H. Patient satisfaction-an attribute or indicator of the quality of care? *QRB Quality Rev Bull*. 1987; 13 (3): 106–108.
- Acaroğlu R, Şendir M, Kaya H et al. The influence of individualized nursing care to the quality of living related to patient satisfaction and health. *İstanbul Univ Florence Nightingale School Nurs J*. 2007; 15 (59): 61–67.
- Milutinović D, Simin D, Brkić N et al. The patient satisfaction with nursing care quality: the psychometric study of the Serbian version of PSNCQ questionnaire. *Scan J Car Scie*. 2012; 26 (3): 598–606.
- Liu Y L, Wang GL. Inpatient satisfaction with nursing care and factors influencing satisfaction in a teaching hospital in China. *J Nurs Care Qual*. 2007; 22 (3): 266–271.
- Alasad JA, Ahmad MA. Patients' satisfaction with nursing care in Jordan. *Int J Health Care Qual Assur*. 2003; 16 (6): 279–285.
- Uzun Ö. Patient satisfaction with nursing care at a University Hospital in Turkey. *J Nurs Care Qual*. 2001; 16 (1): 24–33.
- Peterson WE, Charles C, Di Censo A et al. The Newcastle Satisfaction with Nursing Scale: a valid measure of maternal satisfaction with inpatient postpartum nursing care. *J Adv Nurs*. 2005; 52: 672.
- Abdellah FG, Levine E. Developing a measure of patient and personnel satisfaction with nursing care. *Nurs Res*. 1957; 5: 100–108.
- Mpinga EK, Chastonay Ph. Patient Satisfaction Studies and the Monitoring of the Right to Health: Some Thoughts Based on a Review of the Literature. *Glob J Health Sci*. 2011; 1 (3): 64–69.
- Hsieh MO, Kagle JD. Understanding patient satisfaction and dissatisfaction with health care. *Health & Soc Work*. 1991; 16: 281–290.
- Wagner D, Bear M. Patient satisfaction with nursing care: a concept analysis within a nursing framework. *J Adv Nurs*. 2009; 65 (3): 692–701.
- Walsh M, Walsh A. Measuring patient satisfaction with nursing care: experience of using the Newcastle Satisfaction with Nursing Scale. *J Adv Nurs*. 1999; 29 (2): 307–315.
- Akin S, Erdogan S. The Turkish version of the Newcastle Satisfaction with Nursing Scale used on medical and surgical patients. *J Clin Nurs*. 2007; 16 (4): 646–653.
- Thomas LH, Mc Coll E, Priest J et al. Newcastle Satisfaction with Nursing Scale: an instrument for quality assessments of nursing care. *Qual Health Care*. 1996; 5 (2): 67–72.
- Gudysz-Wojnicka A, Dyk D. The adaptation of the Polish version of The Newcastle Satisfaction with Nursing Scale (NSNS). *Nurs Topic*. 2007; 2-3 (15): 133–138.
- Gutysz-Wojnicka A. Zastosowanie polskiej wersji skali zadowolenia z pielęgnacji Newcastle do oceny opieki pielęgniarskiej (rozprawa doktorska). UM im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, Wydział Nauk o Zdrowiu Poznań 2010.
- Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych; 2001.
- Łaguna M, Lechowicz-Tabaczek K, Dzwonkowska I. Skala Samooceny SEM Morrisa Rosenberga – polska adaptacja metody. *Psych Społ*. 2007; 2 (04): 164–176.

26. Özlü ZK, Uzun Ö. Evaluation of satisfaction with nursing care of patients hospitalized in surgical clinics of different hospital. *Int J Car Sci.* 2015; 1 (8): 19–24.
27. Argan M, Tokay, Argan M. Quality in the marketing of health services and a study on patients staying in Osmangazi University Training Hospital. *J Modern Hosp Manag.* 2002; 6 (2): 10–17
28. Akhtari-Zavare M. Patient satisfaction evaluating nursing care for patients hospitalized with cancer in Tehran Teaching Hospitals, Iran. *Glob J Health Sci.* 2010; 2: 117–126.
29. Theodosopoulou E, Raftopoulos V, Krajewska-Kułak E et al. A study to ascertain the patients' satisfaction of the quality of hospital care in Greece compared with the patients' satisfaction in Poland. *Adv Med Sci.* 2007; 52 (1): 136–139.
30. Uzun Ö. Defining the validity and reliability of the Turkish version of the Newcastle Scale of Satisfaction. *J Turk Nurs.* 2003; 54 (2): 16–24.
31. Legesse M T, Salegedo WB, Walle AA. Adult patient satisfaction with in – patient nursing care in a referral and teaching hospital Southern Nations Nationalities and peoples' region (SNNPR), Ethiopia. *J Nurs Care.* 2016; 5, 2: 2–5.
32. Findik UY, Unsar U, Sut N. Patient satisfaction with nursing care and its relationship with patient characteristics. *Nurs Health Sci.* 2010; 12 (2): 162–169.
33. Cleary M, Horsfall J, Hunt G E. Consumer feedback on nursing care and discharge planning. *J Adv Nurs.* 2003; 4 (3): 269–277.

The manuscript accepted for editing: 28.08.2018

The manuscript accepted for publication: 21.12.2018

Funding Sources: The study was not supported.

Conflict of interest: The authors have no conflict of interest to declare.

Address for correspondence:

Iwona Bodys-Cupak

ul. Michałowskiego 12

31-126 Kraków

phone: +48 12 6336259

e-mail: i.bodys-cupak@uj.edu.pl

Faculty of Health Sciences, Jagiellonian University Medical College

HOSPITALIZATION AS A DIFFICULT SITUATION FOR CHILDREN IN THE OPINION OF PARENTS AND NURSERY PERSONNEL

HOSPITALIZACJA JAKO SYTUACJA TRUDNA DLA DZIECKA W OPINII JEGO RODZICÓW I PERSONELU PIELĘGNIARSKIEGO

Jolanta Witanowska^a, Aneta Ilona Warmuz-Wancisiewicz^b, Alicja Ullman

Department of Paediatric Nursing, School of Health Sciences in Katowice, Medical University of Silesia in Katowice

^a <https://orcid.org/0000-0002-5547-214X>

^b <https://orcid.org/0000-0001-9003-2425>

DOI: <https://doi.org/10.20883/pielpol.2019.17>

ABSTRACT

Introduction. A child's stay in hospital is not only care for him/her, but also their parent. The parent present in the ward is an inseparable element of the therapeutic team. The nurse helps in adapting to the new environment through contacts and partner relations with the child. Parents, thanks to their presence, ensure the child's safety and reduce anxiety.

Aim. The aim of the study was to clarify whether the hospitalization process is a difficult situation for a child in the opinion of his/her parents and medical staff.

Material and methods. The research material was collected using a questionnaire containing 31 questions for parents as well as for nursing staff working in the pediatric ward. The study included 110 parents and 79 nurses.

Results. Almost three-fourths of respondents (71.6%) fully agree with the opinion about the beneficial impact of the presence of a parent by the child during hospitalization. Most parents claim that nursing staff cares for patients properly (61.6%) and have a high level of professional skills. 57.9% of parents say that nurses provide their children with safety not only physical but also psychological. Over half of the respondents (65.6%) believe that nurses approach a small patient with full respect. In the opinion of nurses surveyed, the presence of a parent by the child is beneficial for the child and the treatment process. 80.7% confirm that the presence of a parent is of special importance in the case of a child with a difficult verbal contact.

Conclusions. 1) The presence of a parent positively influences the acceptance of the environmental change and increases the sense of security during the hospitalization process. 2) The contact with the parent has a significant impact on the further treatment of the child through the exchange of information between the nursing staff and the parent. 3) The nursing staff provides emotional comfort to the child during the procedures.

KEYWORDS: hospitalization, opinions of parents, opinions of nurses.

STRESZCZENIE

Wstęp. Pobyt dziecka w szpitalu to nie tylko opieka nad nim, ale również nad jego rodzicem. Rodzic obecny na oddziale to nieodłączny element zespołu terapeutycznego. Pielęgniarka pomaga w adaptacji do nowego środowiska przez kontakt oraz partnerskie relacje z dzieckiem. Zaś rodzice dzięki swojej obecności zapewniają dziecku bezpieczeństwo i zmniejszają lęk.

Cel. Celem pracy było wyjaśnienie, czy proces hospitalizacji jest sytuacją trudną dla dziecka w opinii jego rodziców i personelu medycznego.

Materiał i metody. Materiał badawczy zebrano przy użyciu kwestionariusza ankiety obejmującego 31 pytań dla rodziców, jak również dla personelu pielęgniarskiego pracującego na oddziale pediatrycznym. Badaniem objęto 110 rodziców oraz 79 pielęgniarek.

Wyniki. Prawie 3/4 badanych (71,6%) całkowicie zgadza się z opinią o korzystnym wpływie obecności rodzica przy dziecku w trakcie hospitalizacji. Większość rodziców uważa, że personel pielęgniarski dba o pacjentów (61,6%) oraz cechuje go wysoki poziom umiejętności zawodowych. 57,9% rodziców twierdzi, że pielęgniarki zapewniają ich dzieciom bezpieczeństwo nie tylko fizyczne, ale także psychiczne. Ponad połowa badanych (65,6%) uważa, że pielęgniarki podchodzą do małego pacjenta z pełnym szacunkiem. W opinii badanych pielęgniarek obecność rodzica przy dziecku jest korzystna dla dziecka i procesu leczenia. 80,7% potwierdza, że obecność rodzica ma szczególne znaczenie w przypadku dziecka z utrudnionym kontaktem słownym.

Wnioski. 1) Obecność rodzica wpływa korzystnie na akceptację zmiany środowiska i zwiększa poczucie bezpieczeństwa podczas procesu hospitalizacji. 2) Kontakt z rodzicem ma duży wpływ na dalsze leczenie dziecka poprzez wymianę informacji między personelem pielęgniarskim a rodzicem. 3) Personel pielęgniarski zapewnia komfort emocjonalny dziecku podczas wykonywanych zabiegów.

SŁOWA KLUCZOWE: hospitalizacja, opinie rodziców, opinie pielęgniarek.

Introduction

A child's stay in a hospital is not only care for him/her, but also their parent. The essence of this process is to help the child and support the parents so that the child could recover. The whole process begins when the child is admitted to the pediatric ward. Communication between the nurse and the patient as well as his parents has a very large impact on the cooperation process in the field of care [1–2]. The Act of 30 August 1991 on health care institutions gives the possibility of taking care of a child by a close person. In the past years, the stay of a parent with a child in the ward was impossible [3]. The consequences of long-term hospitalization are reflected in the experiences as well as in the child's development. Unfortunately, sometimes changes can be permanent and disturb the child's development [2, 4].

According to data from the Silesian Voivodship Office in Katowice, based on information about hospitalization in the years 2012–2013, the most common reason for hospitalization were respiratory diseases falling within the ICD 10 classification in the range J00–J99. Depending on the age, the reasons for hospitalization are different. The age of patients arriving in the pediatric ward also varied. Most often hospitalized children are under one year of age, followed by patients aged 5–14 years [5].

All reactions that lead to strong emotions in the hospitalized child are caused by separation from parents. The parents present in the ward is an inseparable element of the therapeutic team, and their presence affects the quality of child care [2, 6]. The child's environment should be designed, furnished and equipped to meet children's bio-psycho-social needs. The environment should be colorful and not anxious [7–8].

In the process of child hospitalization, the role of a nurse is no less important than the role of a parent. The nurse helps in adapting to the new environment through contact and partner relations with the child. Parents, thanks to their presence, ensure the child's safety and reduce anxiety [8–9]. As much as possible, the parents help in caring for their child and the nurse's task is to explain their role and create appropriate conditions for it. In the case of a 24-hour stay at the child, the parent becomes a member of the therapeutic team and has the full right to be informed and make decisions related to further treatment [10–11].

Aim of the study

The main goal of the study was to analyze the research material and explain whether the hospitalization process is difficult for the child in the opinion of his parents and medical staff.

Research tools

The research material was collected using a questionnaire prepared by employees of the Pediatric Nursing

Department, for the parent of a child hospitalized in the pediatric ward as well as for nursing staff working in the pediatric ward. The questionnaire consisted of 31 closed questions.

Characteristics of the studied groups

After obtaining the consent of the management, the research was conducted among parents who were staying with the children in the Department of Pediatrics in Rydułtowy – 26 people (23.6%), in Żory – 24 people (21.8%), Sosnowiec and in Bytom – 30 people each (27.3%).

Nursing staff working in the hospital in Żory and Rydułtowy, 20 people each (25.3%) and 39 people in Sosnowiec (49.4%) were also examined. The research was carried out at the turn of August and September 2016.

Characteristics of the studied group of parents

The presented research indicates that the majority of the surveyed parents were women, who in total constituted as much as 82.2%, men – only 17.8% of those surveyed.

The age range of the surveyed group of parents indicated that more than half of the respondents were people aged 26 to 39 years old (59.2%). The surveyed parents mostly lived in the city up to 50,000 people (34.6%).

The highest number of respondents had higher education – in Rydułtowy 50.0%, in Żory – 37.5%, in Bytom and Sosnowiec, the percentage was 36.5%.

Characteristics of the studied group of nursing staff

Most of the nursing staff in the study group working in the pediatric ward were women, only in the Sosnowiec hospital 2.6% of the respondents were men. The largest number of respondents was in the 40–49 age group (44.6%). The highest number of respondents graduated from medical school (37.6%), 30.3% had a bachelor's degree and 16.8% a master's degree.

Seniority in the largest percentage is 20–29 years (36.2%), then over 30 years (25.2%) and 10–19 years (23.5%).

Most of the respondents worked only in the pediatric ward (58.0%) and were employed full-time (84.1%).

Results

The opinion of the examined parents about the child's hospitalization

The majority of parents (78%) stays with their child in the ward during his hospitalization 24 hours a day, 14.0% – during the day, 6.0% in the evening hours and only 2.0% of parents stay with the child in the morning.

Almost three-fourths of respondents (71.6%) fully agree with the opinion about the beneficial effect of the presence of a parent at the child during hospitalization.

The majority of parents (65.9%) fully agree with the thesis that their presence in painful treatments allows the child not to feel alone in suffering.

The examined parents have divided opinions about the role of the caregiver during the procedures. Nearly 1/3 of respondents think that a child who has painful treatments can be sorry for a parent that he/she accepted this pain.

Most parents surveyed believe that despite the child's preparation for surgery, the presence of a parent is important for the child's well-being (62.3%).

A good relationship between the nursing staff and the child's carers is very important, helps at work and works in the patient's favor by exchanging information about the child. Almost half of the respondents (48.4%) think that conversations between a nurse and a parent can have an impact on changing the attitudes towards taking care of the child's health. According to the parents surveyed, the nurses explain all doubts connected with their child's health situation (53.9%).

The opinion on the cooperation between a parent and a nurse for the recovery of a child in the examined hospitals varies, however, most parents believe that nursing staff cares for patients (61.6%).

The vast majority of parents (92%) believe that nurses are characterized by a high level of professional skills.

The research carried out indicates that the majority of parents (57.9%) believe that nurses ensure not only physical safety of their children, but also psychological one. Over half of the respondents (65.6%) believe that nurses approach a small patient with full respect. The opinions of parents of children hospitalized in pediatric wards in the area of professional activities of nursing staff were also analyzed (**Figure1**).

In the opinion of the nurses surveyed, the presence of a parent at the child is beneficial for the child and the treatment process (**Figure 2**).

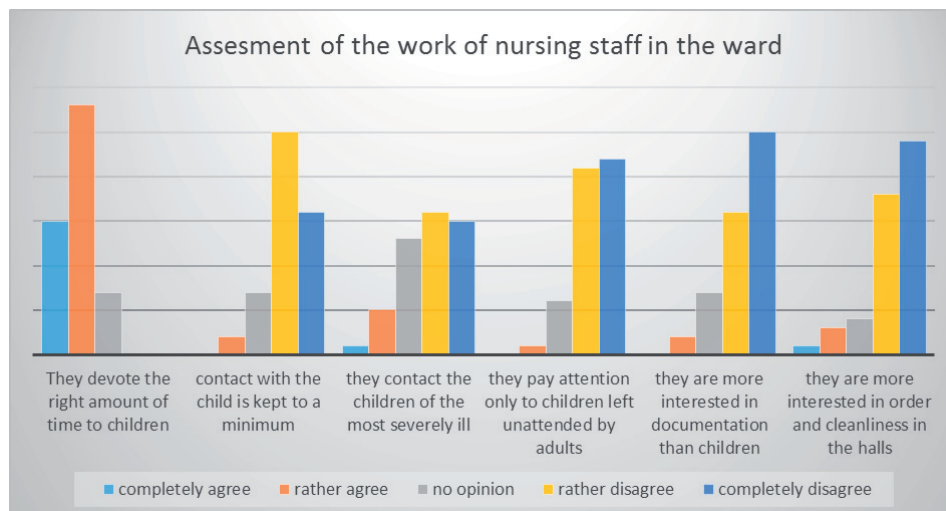


Figure 1. The work of nursing staff in the opinion of the respondents (n = 110)

Source: author's own research

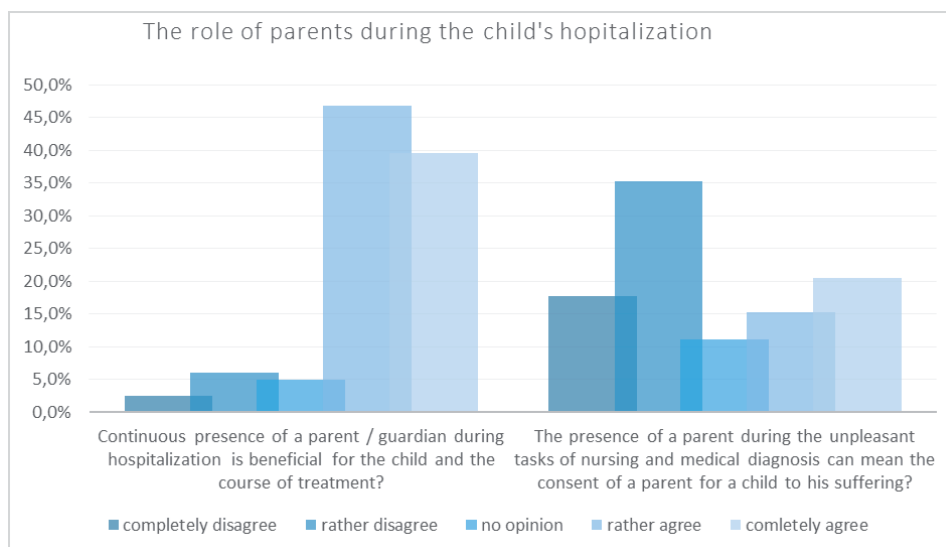


Figure 2. The opinion of the surveyed nursing staff regarding the role of parents during the child's hospitalization (n = 79)

Source: author's own research

Most respondents believe that in the case of a child with difficult verbal contact, the presence of a parent is of special importance (80.7%) (**Figure 3**).

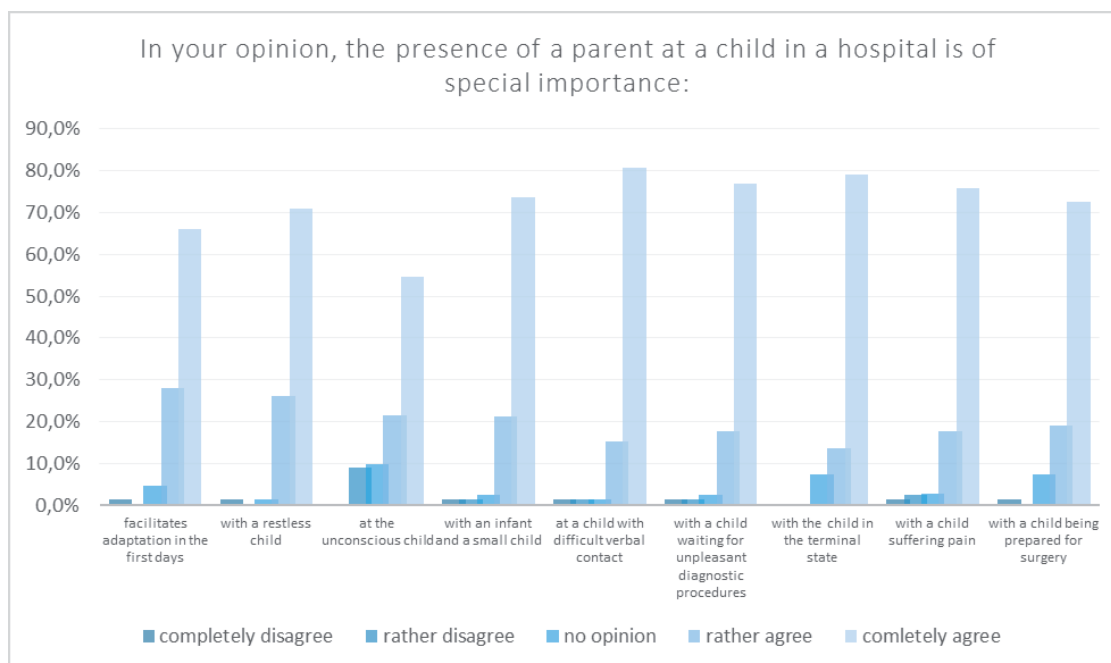


Figure 3. The pinion of the nurses surveyed on the importance of the presence of a parent at the child (n = 79)

Source: author's own research

Discussion

The vast majority of parents surveyed stay with the child in the ward. The literature on the subject states that the parent is an inseparable element in the therapeutic team. His continuous presence in the ward affects the quality of childcare. The 24-hour presence of a parent with a child is most common in the case of the youngest patients [6].

In our own research it has been shown that the parents' attitude to staying with the child in the hospital is different. The largest number of examined carers believe that their presence has a positive effect on the course of the child's treatment. The nursing staff also think that the presence of a loved one has a positive effect on the treatment. According to John Bowlby, the stay of a parent with a child causes mental strain [7, 12]. The fear for the child's life and health and constant stress contribute to this. And the child gives a sense of security during all care and treatment activities. According to Kirschnick, the closeness of the closest person soothes pain and suffering [7, 12].

The European Charter on the Rights of the Child says that the parent can stay with the child around the clock, which is used by most caregivers. However, the fact of staying with the child during the treatment activities raises a dilemma. According to literature, most

parents, hearing the crying of their child, do not remain in the treatment room [13].

One of the nurses' tasks is to help them accept the new environment and strengthen the relationship with the child. The nurse's work requires empathy and devotion to the child staying in the ward. By reducing the tension as a result of play and dedicating time, the child does not associate hospitalization with a traumatic situation [9, 14].

Our own studies have shown that hospitalization has a major impact not only on the well-being of the child, but also on their parents.

Conclusions

The research carried out gives the following conclusions:

1. The presence of a parent positively influences the acceptance of environmental change and increases the sense of security during the hospitalization process.
2. Contact with the parent has a significant impact on the further treatment of the child through the exchange of information between the nursing staff and the parent.
3. The nursing staff provides emotional comfort to the child during the procedures.

References

1. Kumaczek M. Rola i zadania pielęgniarki w procesie adaptacji dziecka do hospitalizacji. [W:] Aspekty pracy pielęgniarki w opiece nad dziećmi. Bielawska J. (Red.) Wydawnictwo Wyższa Szkoła Medyczna LZDZ w Legnicy; Legnica 2008; 15–22.
2. Jakubik M, Kierys A, Bednarek A. Udział pielęgniarki w adaptacji dziecka do warunków szpitalnych. *Probl. Pielęgniarstwa* 2011;19 (4) s. 545–550.
3. Siwiec K. Medycyna Praktyczna: 2014. Dziecko też człowiek, czyli półtora wieku polskiej pediatrii (online). Available: <https://www.mp.pl/pediatric/aktualnosci/111568,dziecko-tez-czlowiek-czyli-poltora-wieku-polskiej-pediatrici.> (01.11.2016).
4. Perek M. Choroba i hospitalizacja jako sytuacja trudna dla dziecka i rodziny. [W:] Modele opieki pielęgniarskiej nad dzieckiem z chorobą ostrą i zagrażającą życiu. Cepuch G, Perek M. (Red.) Wydawnictwo Lekarskie PZWL; Warszawa 2012; 7–20.
5. Gosk W, Majka J. Śląski Urząd Wojewódzki w Katowicach: 2014. Zdrowie dzieci i młodzieży w województwie śląskim – w oparciu o dane z chorobowości hospitalizowanej za lata 2012 – 2013 (online). Available: <https://docplayer.pl/3383414-Zdrowie-dzieci-i-mlodziezy-w-wojewodztwie-slaskim.html> (01.11.2016).
6. Łukasik R, Waksmańska W, Gawlik K. Aspekty pobytu rodziców wraz z dzieckiem w szpitalu. *Probl. Pielęgniarstwa* 2010; 18 (2) s. 169–175.
7. Mucha D. Magazyn Pielęgniarki i Położnej: 2010. Dziecko w szpitalu. Złagodzić szok (online). Available: http://www.nursing.com.pl/Standard_Dziecko_w_szpitalu_Zagodzi_szok_488.html. (13.10.2016).
8. Ministerstwo Zdrowia: 2011. Europejska Karta Praw Dziecka w Szpitalu (online).
9. Available: <http://www2.mz.gov.pl/wwwmz/slajd?mrm4&ms=1&ml=pl&mi=5&mx=0&mt=&my=5&ma=001435>. (13.10.2016).
10. Kram M, Barczykowska E, Połocka-Molińska M. Rodzice w roli opiekuna podczas pobytu dziecka w szpitalu. *Valetudinaria – Postępy Medycyny Klinicznej i Wojskowej* 2002; 7 (3), 69–73.
11. Łukasik R, Waksmańska W, Gawlik K. Aspekty pobytu rodziców wraz z dzieckiem w szpitalu. *Probl. Pielęgniarstwa* 2010; 169–175.
12. Krywda-Rybska D, Zdun-Ryżewska A, Zach E. Stres psychologiczny i czynniki na niego wpływające u opiekuna dziecka krótkotrwale hospitalizowanego. *Pediatr Med Rodz* 2012; 268–271.
13. Stelcer B, O potrzebie więzi i warunkach opieki nad hospitalizowanym dzieckiem. *Psychoonkologia* 2013; 145–150.
14. Stochel-Gaudyn A, Składzień T, Skalski J, Fyderek K. The emotional reactions of parents to the hospitalization and conservative treatment of children after cardiac surgery in comparison to the parents of children treated for acute infection. *Kardiologia Torakochirurgia Polska* 2013; 27–30.
15. Matecka M. Wsparcie emocjonalne informacyjne jako formy oddziaływania pielęgniarki na stan psychiczny dziecka hospitalizowanego. *Pielęgniarstwo Polskie* 2004; 22–28.

The manuscript accepted for editing: 09.10.2018.

The manuscript accepted for publication: 02.01.2019.

Funding Sources: The study was not supported.

Conflict of interest: The authors have no conflict of interest to declare.

Address for correspondence:

Jolanta Witanowska
Batorego 15
41-902 Bytom
phone: 32 7861498
e-mail: jwitanowska@sum.edu.pl
Department of Paediatric Nursing, School of Health Sciences
in Katowice, Medical University of Silesia in Katowice

CZYNNIKI DETERMINUJĄCE WIEDZĘ POŁOŻNYCH O NOWORODKU Z CIĄŻY POWIKŁANEJ CUKRZYCĄ

FACTORS DETERMINING MIDWIVES' KNOWLEDGE ABOUT NEWBORNS FROM PREGNANCIES COMPLICATED BY DIABETES MELLITUS

Barbara Ewa Zych¹, Iwona Madej¹, Krystyna Krygowska², Anna Hartman Ksycińska¹

¹ Instytut Położnictwa i Ratownictwa Medycznego, Wydział Medyczny, Uniwersytet Rzeszowski

² Wojewódzki Szpital Podkarpacki im. Jana Pawła II w Krośnie

DOI: <https://doi.org/10.20883/pielpol.2019.18>

STRESZCZENIE

Wstęp. Cukrzyca ciężarnych (GDM) jest związana ze wzrostem ryzyka powikłań przebiegu ciąży i porodu oraz rozwoju płodu i stanu noworodka. Celem pracy było zbadanie wiedzy położnych na temat wybranych aspektów okresu adaptacji noworodka z ciąży powikłanej cukrzycą ciążową.

Materiał i metody. Badaniami objęto 260 położnych, które pracowały w 9 podkarpackich szpitalach. Badania ankietowe miały charakter mieszany, a zebrany materiał poddano ocenie punktowej, przy przyjęciu za minimalne kryterium wiedzy udzielenie przez respondentki minimum połowy poprawnych odpowiedzi (poziom wiedzy: 0–10 pkt: brak wiedzy; 11–13 pkt: wiedza przeciętna; 14–16 pkt: wiedza dobra; 17–19 pkt: wiedza bardzo dobra). Analizę statystyczną przeprowadzono w oparciu o program Statistica 10 PL, przyjmując za poziom istotności statystycznej $p < 0,05$.

Wyniki. Poziom wiedzy położnych w zakresie powikłań występujących u noworodka i rekomendacji postępowania z nim po porodzie z ciąży powikłanej cukrzycą jest niewystarczający. Z kolei fakt ukończenia lub nie kursu/specjalizacji i posiadanego stażu pracy, okazał się istotny w teście wiedzy dla grupy położnych posiadających kurs/specjalizację ($p = 0,045$) i dłuższy staż pracy ($p = 0,000$), wpływając na otrzymanie wyższej punktacji w teście wiedzy.

Wnioski. Wprowadzenie dla położnych obowiązkowych szkoleń z zakresu diabetologii umożliwiłoby im profesjonalne świadczenie usług medycznych na rzecz kobiety i jej dziecka.

SŁOWA KLUCZOWE: cukrzyca ciążowa, noworodek, wiedza położnych.

ABSTRACT

Introduction. Gestational diabetes mellitus (GDM) is associated with increased risk of complications in pregnancy and childbirth as well as fetus development and the condition of a newborn. The aim of the study was to examine the knowledge of midwives on selected aspects of the adaptation period of a newborn from pregnancy complicated by gestational diabetes.

Material and methods. The study involved 260 midwives who worked in 9 Podkarpacie hospitals. Surveys had a mixed character, and the score in the collected material was evaluated, the minimum criterion of knowledge was assumed at a minimum of half of correct answers given by the respondents (level of knowledge: 0–10 points: lack of knowledge 11–13 points: average knowledge; 14–16 points: good knowledge, 17–19 points: very good knowledge). Statistical analysis was performed based on the program Statistica 10 PL, a level of statistical significance was adopted at $p < 0.05$.

Results. The level of knowledge of midwives in the field of general issues related to the newborn from pregnancy complicated by diabetes is at a good level, but the detailed issues relating to special proceedings and the less common clinical manifestations are known only to every 3rd subject. Also, having completed or not completing the course / specialization ($p = 0.045$) and seniority ($p = 0.000$) showed a statistically significant effect of variables on the score obtained in the test of knowledge.

Conclusions. The introduction of mandatory training on diabetes for midwives will enable them to provide professional medical services for a woman and her child.

KEYWORDS: gestational diabetes, newborn, knowledge of midwives.

Wprowadzenie

W życiu płodowym glukoza dostarczana jest do płodu przez łożysko i naczynia pępowinowe. Część glukozy przekazywanej przez matkę jest zużywana na bieżąco, a pozostała jej część zostaje zmagazynowana w postaci rezerwy glikogenu na czas porodu i pierwszych dni życia dziecka, aby utrzymać prawidłowe stężenia glu-

kozy we krwi. Bezpośrednio po urodzeniu mechanizmy regulujące glikemię u noworodka nie są w pełni wydolne i stężenie glukozy we krwi gwałtownie spada, osiągając najniższe wartości po ok. 60 minutach. Po 2–3 godzinach poziom glikemii ponownie wzrasta, stabilizując się około 24. godziny życia. Hipoglikemia może być spowodowana niewystarczającymi rezerwami lub ograniczoną

dostępnością glukozy z pokarmu. Ciężka lub długotrwała hipoglikemia może doprowadzić do trwałych uszkodzeń ośrodkowego układu nerwowego [1].

Wzmocnionej uwagi wymagają noworodki matek z cukrzycą (0,2–5,0%), z których większość stanowią kobiety z tzw. „cukrzycą ciążową” ujawniającą się w II połowie ciąży w wyniku niedostatecznej rezerwy czynnościowej trzustki [2]. U noworodków matek chorych na cukrzycę zaburzenia równowagi hormonalnej uniemożliwiają prawidłowe wykorzystanie zgromadzonych zasobów glukozy, a objawy kliniczne zależą od stopnia zaawansowania cukrzycy u matki [3, 4].

Wśród częstych problemów klinicznych noworodków matek z rozpoznaną cukrzycą ciążową obserwuje się: hipoglikemię, zaburzenia wzrastania (makrosomię lub hipotrofię wewnątrzmaciczną płodu), niedotlenienie okołoporodowe, okołoporodowe urazy mechaniczne, wady wrodzone, zespół zaburzeń oddychania, zaburzenia metaboliczne, hematologiczne i zakażenia [5, 6].

Hipoglikemię u noworodka definiuje się jako stężenie glukozy we krwi poniżej 40 mg/dl niezależnie od wieku ciążowego [7, 8]. U wszystkich noworodków z czynnikami ryzyka wystąpienia hipoglikemii należy co najmniej dwukrotnie w pierwszych 4 godzinach życia wykonać oznaczenie glukozy – pierwsze przed ukończeniem 2 godziny życia, a jeśli jest prawidłowe – w 3, 6, 12, 24, 48 i 72 godzinie życia. Jeśli glikemia utrzymuje się < 40 mg/dl, należy rozpocząć niezwłocznie karmienie, a jeśli pomimo to, hipoglikemia utrzymuje się, należy podać 10% glukozę we wlewie dożylnym w ilości 4–6 mg/kg/min [2, 9].

Hiperglikemia występuje u noworodków znacznie rzadziej. Częściej spotykana jest u dzieci w wieku płodowym poniżej 28 tygodnia i związana jest niedojrzałością organizmu. Hiperglikemię rozpoznaje się, gdy stężenie glukozy we krwi pełnej przekracza 181 mg/dl. W sytuacji żywienia pozajelitowego zaleca się obserwację noworodka i zmniejszenie podaży glukozy, a jeżeli nadal rośnie (powyżej 250 mg/dl) włącza się leczenie insuliną (początkowo 0,05j/kg/h) i koryguje w zależności od potrzeb [2]. Zjawisko to jest związane z zagrożeniem życia i zwiększeniem ryzyka wystąpienia zaburzeń neurorozwojowych [4].

Cel pracy

Celem pracy była analiza wiedzy położnych z ukończonym lub nie kursem/specjalizacją i długością stażu pracy na temat wybranych aspektów okresu adaptacji noworodka urodzonego z ciąży powikłanej cukrzycą ciążową.

Materiał i metody

Badaniami objęto 260 położnych, pracujących w 9 podkarpackich szpitalach. Dobór badanej grupy był losowy, a udział w badaniu dobrowolny i obejmował wszystkie położne pracujące w pionie położniczo-ginekologicznym, które wyraziły akces wzięcia udziału w badaniu

i rozwiązały test. Zaprojektowane przez nas badanie obejmowało wiedzę z zakresu cukrzycy ciążowej (definicji, powikłań u noworodka, poziomu glikemii u płodu przed 20 tygodniem ciąży), powikłań występujących u noworodka (wad wrodzonych, wyglądu ciała noworodka, występującej fetopatii cukrzycowej, zespołu agenezji odcinka lędźwiowo-krzyżowego, dystocji barkowej i hipotrofii) oraz rekomendacji postępowania z noworodkiem z ciąży powikłanej cukrzycą (rekomendowanego poziomu glikemii u noworodka po porodzie, stężenia glukozy we krwi określającej hipoglikemię i postępowanie kliniczne). Pytania miały charakter mieszany, a zebrany materiał został poddany ocenie punktowej, przy przyjęciu za minimalne kryterium wiedzy (11 pkt.) udzielenie przez respondentki ponad połowy poprawnych odpowiedzi. Ocena punktowa z testu dawała możliwość zdobycia maksymalnie 19 pkt (100% poprawnych odpowiedzi), podczas gdy zakres punktowy 0–10 stanowił brak wiedzy; 11–13 pkt: wiedzę przeciętną; 14–16 pkt: wiedzę dobrą i 17–19 pkt: wiedzę bardzo dobrą.

Analizę statystyczną przeprowadzono w oparciu o program Statistica 10 PL i arkusz kalkulacyjny Excel. Przeprowadzono statystyki opisowe dla całości grupy i podziału ze względu na ukończony kurs/specjalizację lub ich brak (położne z kursem/ specjalizacją vs. położne bez kursu/specjalizacji) oraz staż pracy (do 5 lat; 6–15 lat; 16–25 lat; powyżej 25 lat). Do weryfikacji hipotezy o nieistotności różnic pomiędzy medianami badanej zmiennej użyto testu ANOVA Kruskala-Wallisa, do porównania dwóch prób niezależnych testu U Manna-Whitney'a. W analizie użyto także testu dla wskaźników struktury, służącego do wnioskowania o równości dwóch średnich, w dwóch populacjach normalnych oraz testu niezależności χ^2 do sprawdzenia hipotez. Za poziom istotności statystycznej przyjęto $p < 0.05$.

Wyniki

Staż pracy w zawodzie ankietowanych położnych był zróżnicowany. Największą grupę stanowiły badane pracujące w zawodzie od 16 do 25 lat (43,46%). Nieco mniejszy odsetek stanowiły położne ze stażem pracy powyżej 26 lat (29,23%), od 6 do 15 lat (14,62%) i poniżej 5 lat (12,69%). Najliczniejszą grupę tworzyły absolwentki Medycznego Studium Zawodowego (55,38%); stopniem licencjata legitymowało się 34,23% badanych, a magistra – 10,38%.

Analizując wiedzę położnych z zakresu opieki nad noworodkiem urodzonym z ciąży powikłanej cukrzycą, wzięto pod uwagę trzy losowo wybrane pytania (*Konsekwencje cukrzycy ciążowej dla noworodka; Rekomendowany czas pomiaru poziomu glikemii u noworodka matki z cukrzycą ciążową; Czas ustąpienia przejściowej cukrzycy noworodkowej*) i przeanalizowano je ze względu na posiadany kurs/ specjalizację lub ich brak (**Tabela 1**) oraz staż pracy (**Tabela 2**).

Tabela 1. Znajomość występowania powikłań cukrzycy ciążowej u noworodka i wybranych rekomendacji pomiaru poziomu glukozy i czasu ustąpienia przejściowej cukrzycy u noworodka a ukończona forma szkolenia położnych

Table 1. Knowledge of gestational diabetes complications in the newborn and selected recommendations for the glucose measurement and the time of resolution of transient diabetes in the newborn and completed form of midwifery training

Konsekwencje dla noworodka powikłań cukrzycy ciążowej*/Consequences of the gestational diabetes complications for a newborn*							
Ukończony kurs/ specjalizacja <i>The completed course/ specialization</i>		kurs kwalifikacyjny/ <i>qualification course</i>	kurs specjalistyczny/ <i>specialized course</i>	specjalizacja pielęgniarstwo neonatologiczne/ <i>specialization in neonatal nursing</i>	specjalizacja pielęgniarstwo położnicze/ <i>specialization in obstetric nursing</i>	brak kursu/ specjalizacji/ <i>no course/ specialization</i>	p
		N = 19	N = 9	N = 14	N = 11	N = 207	
Cukrzyca noworodkowa/ <i>Neonatal diabetes</i>	n	2	0	1	0	20	x
	%	10,5	0,0	7,1	0,0	9,7	
Urazy okołoporodowe/ <i>Perinatal injuries</i>	n	1	0	1	0	35	x
	%	5,3	0,0	7,1	0,0	16,9	
Wady wrodzone/ <i>Congenital defects</i>	n	14	7	9	7	106	0,159
	%	73,7	77,8	64,3	63,6	51,2	
Wcześnieństwo/ <i>Prematurity</i>	n	2	2	1	0	21	x
	%	10,5	22,2	7,1	0,0	10,1	
Zaburzenia hemato- logiczne/ <i>Haematolo- gical disorders</i>	n	0	0	1	0	0	x
	%	0,0	0,0	7,1	0,0	0,00	
Zaburzenia metaboliczne/ <i>Metabolic disorders</i>	n	19	9	14	11	199	x
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	96,1	
Zaburzenia oddechowe/ <i>Respiratory disorders</i>	n	3	3	6	3	42	x
	%	15,8	33,3	42,9	27,3	20,3	
Zakażenia/ <i>Infections</i>	n	0	0	1	0	1	x
	%	0,0	0,0	7,1	0,0	0,5	
Czasokres pomiaru poziomu glukozy we krwi noworodka/ <i>Time period for measuring the level of glucose in newborn's blood</i>							p
Poprawna odpowiedź/ <i>Correct answer</i>	n	0	0	1	0	13	x
	%	0,0	0,0	7,1	0,0	6,3	
Błędna odpowiedź/ <i>Wrong answer</i>	n	19	9	13	11	194	
	%	100,0	100,0	92,9	100,0	93,7	
Czas ustąpienia przejściowej cukrzycy u noworodka/ <i>Time of resolution of temporary diabetes in the newborn</i>							p
Poprawna odpowiedź/ <i>Correct answer</i>	n	2	0	0	0	5	x
	%	10,5	0,0	0,0	0,0	2,4	
Błędna odpowiedź/ <i>Wrong answer</i>	n	17	9	14	11	202	
	%	89,5	100,0	100,0	100,0	97,6	

* – pytanie wielokrotnego wyboru/*multiple choice question*

x – brak z powodu zbyt małej liczebności grupy (x)/*too small number of groups (x)*

Źródło: opracowanie własne

Source: author's own analysis

Tabela 2. Znajomość powikłań występujących u noworodka i rekomendacji postępowania z nim w ciąży powikłanej cukrzycą a staż pracy położnych
Table 2. Knowledge of complications occurring in the newborn and recommendations for dealing with it during pregnancy complicated by diabetes and the work seniority of midwives

Konsekwencje dla noworodka powikłań cukrzycy ciążowej/ Consequences of the gestational diabetes complications for a newborn*					
Staż pracy/Work seniority [yrs]		do 5 lat/ up to 5 years n = 33	6–15 lat/ 6–15 years n = 38	16–25 lat/ 16–25 years n = 113	powyżej 25 lat/ over 25 years n = 76
Cukrzyca noworodkowa/ Neonatal diabetes	n	8	4	6	5
	%	24,2	10,5	5,3	6,6
Urazy okołoporodowe/ Perinatal injuries	n	7	1	22	7
	%	21,2	2,6	19,5	9,2
Wady wrodzone/ Congenital defects	n	22	16	64	41
	%	66,7	42,1	56,6	53,9
Wcześnieactwo/ Prematurity	n	3	11	9	3
	%	9,1	28,9	8,0	3,9
Zaburzenia hematologiczne/ Haematological disorders	n	0	0	1	0
	%	0,0	0,0	0,9	0,0
Zaburzenia metaboliczne/ Metabolic disorders	n	32	37	110	73
	%	97,0	97,4	97,3	96,1
Zaburzenia oddechowe/ Respiratory disorders	n	3	5	29	20
	%	9,1	13,2	25,7	26,3
Zakażenia/ Infections	n	0	0	2	0
	%	0,0	0,0	1,8	0,0
Czasokres pomiaru poziomu glukozy we krwi noworodka/ Time period for measuring the level of glucose in newborn's blood					p
Poprawna odpowiedź/ Correct answer	n	1	3	6	4
	%	3,0	7,9	5,3	5,3
Błędna odpowiedź/ Wrong answer	n	32	35	107	72
	%	97,0	92,1	94,7	94,7
Czas ustąpienia przejściowej cukrzycy u noworodka/ Time of resolution of temporary diabetes in the newborn					p
Poprawna odpowiedź/ Correct answer	n	1	1	3	2
	%	3,0	2,6	2,7	2,6
Błędna odpowiedź/ Wrong answer	n	32	37	110	74
	%	97,0	97,4	97,3	97,4

* – pytanie wielokrotnego wyboru/multiple choice question

x – brak z powodu zbyt małej liczebności grupy (x)/too small number of groups (x).

Źródło: opracowanie własne

Source: author's own analysis

Konsekwencje powikłań cukrzycy ciążowej dla noworodka analizowane w aspekcie stażu pracy okazały się istotne statystycznie w przypadku: cukrzycy noworodkowej ($p = 0,007$) i urazów okołoporodowych (niedotlenienia okołoporodowego, $p = 0,022$) w grupie położnych ze stażem pracy do 5 lat, a wcześniactwa (krwawienia do OUN, porodu przedwczesnego, retinopatii, $p = 0,000$) u położnych z nieco dłuższym doświadczeniem zawodowym (6–15 lat). W pozostałych przypadkach pytań i zmiennych wystąpił brak możliwości przeprowadzenia wnioskowania statystycznego, ze względu na zbyt małe liczebności grupy, jednak wśród badanych położnych wraz ze wzrostem stażu pracy (**tabela 1**) i posiadania kursu i/lub specjalizacji (**tabela 2**) zauważono tendencję wzrostową udzielania prawidłowych odpowiedzi w zakresie czasu ustąpie-

nia przejściowej cukrzycy u noworodka i wykonywania pierwszego pomiaru poziomu glukozy we krwi noworodka matki z cukrzycą ciążową.

Uzyskana przez badane ilość punktów z otrzymanych odpowiedzi została przekształcona na ocenę. Dla celów statystycznych ze względu na małe liczebności grupy położnych reprezentujących wiedzę na poziomie dobrym (14–16 pkt) i bardzo dobrym (17–19 pkt), jak również położnych posiadających ukończony lub nie ukończony kurs/specjalizację, zostały ze sobą połączone w celu dokonania dalszej analizy statystycznej. Poziom wiedzy badanych w zakresie możliwych powikłań i postępowania z noworodkiem z ciąży powikłanej cukrzycą wykazał w każdej z badanych grup brak wiedzy. Z kolei fakt ukończenia lub nie kursu/specjalizacji i posiadanego stażu pracy, okazał się istotny w grupie

położnych posiadających kurs/specjalizację ($p = 0,045$) i dłuższy staż pracy ($p = 0,000$), wpływając na uzyskaną ocenę w teście wiedzy (**tabela 3**).

Tabela 3. Ocena wiedzy położnych na temat powikłań i wybranych rekomendacji pomiaru glikemii u noworodka z ciąży powikłanej cukrzycą ciążową a ukończona forma szkolenia i staż pracy położnych
Table 3. Assessment of midwife's knowledge about complications and selected recommendations for measuring glycaemia in a newborn from pregnancy complicated by gestational diabetes and completed form of midwifery training and work experience

Ukończony kurs/specjalizacja/ The completed course/specialization						
Ukończony kurs/specjalizacja/ The completed course/specialization		Tak/yes n = 53	Nie/no n = 207	p		
Brak wiedzy/ The lack of knowledge	n	25	131	0,045		
	%	47,2	63,3			
Wiedza przeciętna/ Average knowledge	n	13	45			
	%	24,5	21,7			
Wiedza dobra/ Good knowledge	n	15	31			
	%	28,3	15,0			
Staż pracy/Work seniority [yrs]						
Poziom wiedzy/ The level of knowledge		do 5 lat up to 5 years n = 33	6–15 lat 6–15 years n = 38	16–25 lat 16–25 years n = 113	powyżej 25 lat over 25 years n = 76	p
Brak wiedzy/ The lack of knowledge	n	21	21	62	52	0,000
	%	63,6	55,3	54,9	68,4	
Wiedza przeciętna/ Average knowledge	n	9	12	27	10	
	%	27,3	31,6	23,9	13,2	
Wiedza dobra/ Good knowledge	n	3	5	24	14	
	%	9,1	13,2	21,2	18,4	

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Dyskusja

Poziom wiedzy personelu medycznego we współczesnym świecie jest wyznacznikiem jakości świadczonych usług i podejmowanych działań na rzecz pacjenta. Rola położnej w procesie ciągłych zmian dotyczących opieki nad pacjentką z rozpoznaną cukrzycą jest złożona, i zobowiązuje do permanentnego doskonalenia wiedzy zgodnej z najnowszymi standardami medycznymi [5]. Mając na uwadze dobro pacjenta i dbałość o jego bezpieczeństwo położna ma obowiązek szkolenia się przez całe życie, zdobywając z należytą starannością wiedzę w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne dla położnych [10–13].

Dla środowiska położnych dedykowane są specjalizacje w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologiczno-położniczego i neonatologicznego oraz kursy specjalistyczne: opieka nad kobietą z cukrzycą w okresie

okołoporodowym i edukator w cukrzycy, zawierające w swoich programach zagadnienia dotyczące opieki nad matką i noworodkiem w ciąży powikłanej cukrzycą [14].

Podjęcie tego rodzaju działań edukacyjnych w środowisku położnych ma kluczowe znaczenie ze względu na najczęściej asymptomatyczny przebieg cukrzycy ciążowej i jej negatywne następstwa, toteż ustalenie „złotego standardu” diagnostyczno-opiekuńczego ma istotne znaczenie w aspekcie jednostkowym i ogólnopopulacyjnym. Prawidłowe rozpoznanie zaburzeń gospodarki węglowodanowej u kobiet ciężarnych umożliwia natychmiastowe wdrożenie kompleksowego monitorowania i leczenia w czasie ciąży, zapewnienie dobrostanu płodu i zmniejszenie ryzyka powikłań u matki. Również potencjalne wdrożenie prostych działań profilaktycznych, umożliwiających w razie potrzeby wczesną interwencję terapeutyczną po ciąży, ma istotne znaczenie rokownicze dla matki i jej dziecka, stanowiąc ważny czynnik w dążeniu do powstrzymania dynamicznie postępującej epidemii chorób metabolicznych [15, 16].

Doskonałym przykładem znaczenia działań edukacyjnych skierowanych w stronę pacjenta są badania przeprowadzone wśród kobiet ciężarnych z rozpoznaną cukrzycą ciążową. Wykazały one, że dzięki samodzielnemu monitorowaniu glikemii, pacjentki chętniej zdobywały przydatną wiedzę diabetologiczną oraz dokonywały zmian w trybie życia, co w wyraźny sposób wpłynęło na ich wyniki położnicze [17–19].

Utrzymanie normoglikemii w ciąży zapobiega rozwojowi szeregu powikłań u matki i jej dziecka, a w przypadku ścisłej kontroli stężenia glukozy we krwi w okresie ciąży, ryzyko wczesnych i odległych powikłań u dziecka jest porównywalne z uzyskanymi u potomstwa kobiet zdrowych [20–22].

Dlatego konieczny jest ciągły nadzór wyspecjalizowanych w tej dziedzinie położnych i pacjentek, aby każda ciąża zagrożona cukrzycą mogła przebiegać bez poważniejszych komplikacji, a opieka nad noworodkiem mogła być należycie sprawowana [23, 24].

Wysoki poziom opieki nad ciężarną pacjentką wymaga wiedzy zgodnej z najnowszymi standardami. Przeprowadzona analiza wiedzy położnych ujawniła dobry poziom wiedzy z diabetologii u co piątej położnej (17,69%), podczas gdy większość respondentek prezentowała wiedzę na poziomie przeciętnym (22,31%) i niewystarczającym (60%). Istotnie lepsze wyniki testu wiedzy osiągnęły położne legitymujące się ukończonym kursem lub posiadającą specjalizację ($p = 0,045$) i dłuższym stażem pracy ($p < 0,000$).

Niewystarczający poziom wiedzy położnych wskazuje w swoich badaniach również Berezowska E. i wsp. pomimo stwierdzonego dobrego poziomu znajomości

objawów hipo- i hiperglikemii oraz interpretacji wskaźników kontroli glikemii [25].

Również Drzeworski J. i wsp. widzą potrzebę kompleksowej edukacji pielęgniarek w zakresie diabetologii. Zauważyli oni braki w wiedzy badanych pielęgniarek, a po zorganizowanym przez nich kursie odnotowali, że zdobyte przez pielęgniarki wiadomości i umiejętności trwale wzbogaciły ich wiedzę. Wyniki badania poziomu wiedzy po kursie były istotnie lepsze od, uzyskanych przed rozpoczęciem kursu i porównywalne z uzyskanymi na zakończenie zajęć (ocena wiedzy: przed kursem $6,65 \pm 2,0$ vs. po kursie $10,86 \pm 1,2$; wykształcenie średnie vs. wyższe: $\chi^2 > w$, $p > 0,001$; staż pracy do 10 lat vs. powyżej 10 lat: do < powyżej, $p > 0,05$) [26].

Podobne badania prowadził zespół Kamińskiej A. i wsp. [27]. Zauważyli oni niską znajomość zagadnień z zakresu diabetologii wśród pielęgniarek z oddziałów szpitalnych (grupa A) oraz pracujących w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej (grupa B). Warsztaty Edukacji Diabetologicznej, w których uczestniczyły badane pielęgniarki podniosły poziom wiedzy obu badanych grup. Średnia punktacja uzyskana w teście początkowym przez pielęgniarki z grupy A i B nie różniła się ($4,88 \pm 2,04$ vs $4,67 \pm 2,3$ punktów; $p = 0,46$), podczas gdy w teście końcowym była istotnie wyższa w grupie A w porównaniu z grupą B ($10,3 \pm 1,26$ vs $9,41 \pm 1,54$ punktów, $p < 0,0001$).

Wyniki badań wielu autorów oraz rezultat niniejszej pracy, bez wątpienia wskazuje na konieczność podnoszenia kwalifikacji zawodowych i organizowanie dla personelu pielęgniarskiego szkoleń dostosowanych do ich potrzeb [24–26].

Jednak, aby opieka mogła być świadczona całościowo, jej kluczowym aspektem zmniejszającym ryzyko powikłań, jest wielospecjalistyczny nadzór nad kobietami z rozpoznaną cukrzycą ciążową. Nadzór powinien obowiązywać podczas trwania ciąży, porodu, a w przypadku kobiet z cukrzycą przedciążową od momentu planowania ciąży [28–30].

Wnioski

1. Wiedza położnych o wpływie cukrzycy ciążowej na wewnątrzmaciczny rozwój dziecka i postępowanie z nim po urodzeniu, okazała się niewystarczająca bez względu na staż pracy w zawodzie i posiadany kurs lub specjalizację.
2. Istnieje ciągła potrzeba organizowania wśród położnych szkoleń w zakresie opieki nad matką i noworodkiem z ciąży powikłanej cukrzycą, aby minimalizować ryzyko powikłań pacjentów powierzonych opiece położnej.

Piśmiennictwo

1. Kulik-Rechberger B, Joniec M. Hipoglikemia u noworodków – przyczyny i konsekwencje. *Endokrynol. Ped.* 2016; 14.1.54: 49–54.
2. Clarke J. Choroby metaboliczne. W: Kirpalani H, Moore A, Perlman M. (red.) *Podręcznik neonatologii*. Warszawa: Medipage; 2009. 335–345.
3. Otto-Buczowska E. Cukrzyca matki czynnikiem ryzyka dla płodu i noworodka. *Ginekol Prakt* 2003; 11: 29–33.
4. Marciniak B, Kimber-Trojnar Ż, Szylar-Braun M, Szymula D, Leszczyńska-Gorzelak B, Oleszczuk J. Wpływ średniej dobowej glikemii w III trymestrze ciąży u ciężarnych z cukrzycą na wybrane powikłania okresu adaptacji noworodka. *Kliniczna Perinatol. Ginekol.* 2007; T43, 3: 40–43.
5. Świątliński J. *Neonatologia i opieka nad noworodkiem*. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2016: 348–359.
6. Wilczyński J, Dziatosz K. Cukrzyca ciążowa – ryzyko dla matki i jej dziecka. *Perinatol Neonatol Ginekol* 2009; T 2, 2: 85–89.
7. Behrashi M, Samimi M, Ghasemi T, Saberi F, Atoof F. Comparison of Glibenclamide and Insulin on Neonatal Outcomes in Pregnant Women with Gestational Diabetes. *Int J Prev Med.* 2016; 7: 88. Published online 2016 Jun 22. doi: 10.4103/2008-7802.184502 PMID: PMC4926540.
8. Matuszczak E, Dębek W, Oksiuta M, Dzieńis-Koronkiewicz E, Michalska B, Drapała L, Kaczmarek M. Urazy okołoporodowe ośrodkowego układu nerwowego w materiale Kliniki Chirurgii Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. *Neurol Dziec* 2011; T 20,39: 55–59.
9. Wąsikowa R, Suchańska D, Basiak A, Noczyńska A, Stasińska T. Dziecko pochodzące z rodzin obciążonych cukrzycą typu 1. *Endokrynol Diabetol* 2005; 11,4: 245–248.
10. Cloherty J, Eichenwald E, Hansen A, Stark A. *Neonatologia*. Warszawa, Medipage; 2015.
11. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. z 2014 r. poz. 1435, z późn. zm.). <http://isap.sejm.gov.pl> (15.05.2018 r.).
12. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2013 r. w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne (Dz. U. z 2013 r., poz. 1562). <http://isap.sejm.gov.pl> (15.05.2018 r.).
13. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2003 r. w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 197, poz. 1923) <http://isap.sejm.gov.pl> (15.05.2018 r.).
14. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 r. w sprawie zakresu i rodzaju świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz. U. Nr 210, poz. 1540) <http://isap.sejm.gov.pl> (15.05.2018 r.).
15. Centrum kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych. Programy kształcenia <http://www.ckppip.edu.pl/index.php?page=kursy-specjalistyczne-archiwum> (15.05.2018 r.).
16. Ferrara A, Hedderston MM, Albright ChL, Ehrlich SF, Quesenberry ChP, Peng T, Feng J, Ching J, Crites Y. A pregnancy and postpartum lifestyle intervention in women with gestational diabetes mellitus reduces diabetes risk factors. *Diabetes Care* 2011; 34: 1519–1525.
17. Reinhardt JA, van der Ploeg HP, Grzegorzulka R, Timperley JG. Implementing life change through phone-base motivational interviewing in rural-based women with previous

- gestational diabetes mellitus. *Health Promot J Austr* 2012; 23:5–9.
18. Homko CJ, Reece EA. Self-monitoring of blood glucose in gestational diabetes. *J. Matern. Fetal Neonatal Med.* 2002; 12: 389–395.
 19. Homko CJ, Sivan E, Reece EA. Is self-monitoring of blood glucose necessary in the management of gestational diabetes mellitus? *Diabetes Care* 1998; 21: B118–B122.
 20. Wechter DJ, Kaufmann RC, Amankwah KS, Rightmire DA, Eardley SP, Verhulst S, Zinzilieta M, Young J, Teich J, Singleton JA, Simpson W. Prevention of neonatal macrosomia in gestational diabetes by the use of intensive dietary therapy and home glucose monitoring. *Am. J. Perinatol.* 1991; 8: 131–134.
 21. Langer O, Yogev Y, Most O, Xenakis E. Gestational diabetes: The consequences of not treating. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2005; 192: 989–997.
 22. Bernasko J. Contemporary management of type 1 diabetes mellitus in pregnancy. *Obstet. Gynecol. Surv.* 2004; 59: 628–636.
 23. Martis R, Brown J, Alsweiler J, Crawford TJ, Crowther CA. Different intensities of glycaemic control for women with gestational diabetes mellitus. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016; 7: 4. CD011624. doi: 10.1002/14651858.CD011624.
 24. Nekuei N, Kohan S, Kazemi A. Preconception care in diabetic women. *J. Educ. Health Promot.* 2015 Feb 23;4:8. doi 10.4103/2277-9531.151891. eCollection 2015.
 25. Berezowska E, Kunecka D, Drozd-Dąbrowska M, Pastucha E. Ocena poziomu wiedzy pielęgniarek na temat cukrzycy. *Fam. Med. Primary Care Rev.* 2006; 8, 2: 189.191.
 26. Gabbe SG, Graves CR. Management of diabetes mellitus complicating pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2003; 102 (4): 857–868.
 27. Drzeworski J, Cypriak K, Czupryniak L, Ruxer J. Kompleksowy model edukacji pielęgniarek w dziedzinie diabetologii jako sposób realizacji wtórnej prewencji cukrzycy. *Diabetol. Pol.* 2002; 9: 19–22.
 28. Kamińska A., Reyer D, Polaszewska-Muszyńska M, Gronau M, Cibulla A, Olejniczak H, Zarzycka-Lindner G, Sawuła W, Ruprecht Z, Kałamaja S, Schneider A, Junik R. Ocena wiedzy pielęgniarek uczestniczących w Regionalnym Programie Warsztatów Edukacji Diabetologicznej — doniesienie wstępne. *Diabet. Klin.* 2013; 2, 3: 79–86.
 29. Romanowska H, Horodnicka-Józwa A. Noworodek matki chorej na cukrzycę. *Pediatr Dypł* 2016; T 20, 4: 11–16.
 30. Reece EA. Diabetes-induced birth defects: what do we know? What can we do? *Curr Diab Rep.* 2012;12 (1): 24-32. doi: 10.1007/s11892-011-0251-6.
 31. Carolan M, Gill GK, Steele C. Women's experiences of factors that facilitate or inhibit gestational diabetes self-management. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2012; 18; 12: 99. doi: 10.1186/1471-2393-12-99.

Artykuł przyjęty do redakcji: 05.06.2018

Artykuł przyjęty do publikacji: 16.10.2018

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.

Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:

Barbara Ewa Zych
ul. Pigoń 6
35-310 Rzeszów
tel. 17/872-11-95
e-mail: iprm.pol@ur.edu.pl
Instytut Położnictwa i Ratownictwa Medycznego,
Wydział Medyczny, Uniwersytet Rzeszowski

POCZUCIE OPTYMIZMU ORAZ WŁASNEJ SKUTECZNOŚCI MAŁOPOLSKICH PIELEŃNIAREK KORZYSTAJĄCYCH Z KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO

A SENSE OF OPTIMISM AND SELF-EFFICACY OF MALOPOLSKA NURSES USING POST-GRADUATE EDUCATION

Agata Wojcieszek¹, Anna Nawalana², Anna Majda^{2, a}

¹ Uczestnik studiów doktoranckich na Wydziale Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Jagielloński – Collegium Medicum w Krakowie

² Pracownia Teorii i Podstaw Pielęgniarstwa Uniwersytet Jagielloński – Collegium Medicum w Krakowie

^a <https://orcid.org/0000-0003-3632-1319>

DOI: <https://doi.org/10.20883/pielpol.2019.19>

STRESZCZENIE

Wstęp. Praca pielęgniarki wymaga zaangażowania własnych potencjałów oraz ciągłej interakcji z osobami potrzebującymi opieki, pomocy i wsparcia. Obciążenie fizyczne i psychiczne osób należących do tej grupy zawodowej może negatywnie oddziaływać na stan ich zdrowia. W tej sytuacji szczególnego znaczenia nabierają zasoby, które są znaczące dla optymalnego przystosowania do trudnych warunków pracy.

Cel. Celem pracy była ocena poczucia dyspozycyjnego optymizmu oraz własnej skuteczności w grupie małopolskich pielęgniarek korzystających z kształcenia podyplomowego.

Materiał i metody. Grupa badana stanowiło 211 pielęgniarek i 5 pielęgniarzy, będących w trakcie szkolenia specjalizacyjnego. W pracy została wykorzystana Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności (GSES) oraz Test Orientacji Życiowej (LOT-R). Dodatkowo podczas badania użyto autorski kwestionariusz, który prezentował czynniki motywujące do podjęcia kształcenia podyplomowego przez pielęgniarki.

Wyniki. Największą grupę spośród badanych pielęgniarek stanowiły osoby o neutralnej orientacji w zakresie optymizmu (39,8%) oraz wysokim wskaźniku poczucia własnej skuteczności (60,6%). Nie wykazano związku pomiędzy zasobami osobistymi pielęgniarek, a wiekiem i stażem ich pracy. Skłonność do optymizmu wpływała istotnie na chęć podniesienia swojego prestiżu oraz uzyskania awansu zawodowego.

Wnioski. Pielęgniarki uczestnicząc w kształceniu podyplomowym dążą do zapewnienia pacjentom odpowiedniego standardu opieki, ale także wzmocnienia swojej pewności siebie. Wysoki poziom wiedzy teoretycznej i praktycznej, można traktować jako jeden z zasobów osobistych istotnych w profilaktyce stresu zawodowego.

SŁOWA KLUCZOWE: poczucie własnej skuteczności, optymizm, motywacja, pielęgniarki.

ABSTRACT

Introduction. Nurses profession requires the involvement of own resources and continuous interaction with people in need of care, help and support. The physical and mental burden of people in this professional group may have a negative impact on their health. In this situation, resources that are significant for optimal adaptation to difficult working conditions become of particular importance.

Aim. The aim of the study was to evaluate the sense of dispositional optimism and self-efficacy in a group of Malopolska nurses using post-graduate education.

Material and methods. The study group consisted of 211 nurses and 5 male nurses during specialization training. The General Self-Efficacy Scale (GSES) and Life Orientation Test (LOT-R) were used in this study. Additionally, during the research, the original questionnaire was used, which presented motivating factors to undertake postgraduate education by nurses.

Results. The largest group among the nurses were people with a neutral orientation in the field of optimism (39.8%) and a high rate of self-efficacy (60.6%). The correlations between nurses' personal resources and their age and seniority were not shown. The tendency to optimism significantly influenced the desire to raise their prestige and gain professional promotion.

Conclusions. Nurses participating in post-graduate education strive to provide patients with an appropriate standard of care, but also to strengthen self-confidence. A high level of theoretical and practical knowledge can be treated as one of the personal resources essential in the prevention of occupational stress.

KEYWORDS: self-efficacy, optimism, motivation, nurses.

Wprowadzenie

Praca pielęgniarki związana jest z wieloma trudnościami. Wśród przeszkód wyróżnić można: sytuacje stresowe

wynikające z dynamicznych zmian w stanie zdrowia pacjentów, kontakt ze śmiercią i cierpieniem, szkodliwe warunki pracy, system zmianowy oraz trudności or-

ganizacyjne. Wykonywanie obowiązków w ramach tej profesji wymaga zaangażowania własnych zasobów na rzecz innych ludzi, co powoduje zwiększone ryzyko wystąpienia zaburzeń stanowiących obciążenie dla osób ją wykonujących. Wszystkie te aspekty powodują konieczność nieustannych działań readaptacyjnych. W tej sytuacji, szczególnego znaczenia nabierają zasoby, które są znaczące dla optymalnego przystosowania [1].

Koncepcję dyspozycyjnego optymizmu (ang. dispositional optimism) opracowali C. Carver i M. Scheier. Według autorów jest to względnie stała cecha człowieka wyrażająca się w uogólnionych oczekiwaniach dotyczących wyników jego własnych działań. Dyspozycyjny optymizm uważa się za czynnik oddziałujący na motywację jednostki, ułatwiający podejmowanie trudnych decyzji; związany jest z doświadczeniami wczesnego okresu życia. Jego poziom determinuje wybór celów oraz wysiłek włożonego w ich realizację. Ponadto pełni funkcję autoregulacyjną. W ujęciu tym optymizm staje się cechą, która w znaczący sposób może wpływać na działania człowieka, także te podejmowane w codziennej pracy zawodowej [2, 3].

Pojęcie spostrzeganej własnej skuteczności (ang. perceived self-efficacy) wprowadził kanadyjski psycholog A. Bandura. Można je definiować jako obraz kompetencji jednostki, jej wyposażenie w środki umożliwiające przeprowadzenie zamierzonych działań. Komponent ten dotyczy: przekonania jednostki, że jest zdolna do podjęcia konkretnej czynności oraz wytrwa w osiągnięciu zamierzonego celu. A. Bandura wyróżnił trzy aspekty własnej skuteczności, tj. wielkość, ogólność oraz siłę. Wielkość przekonania odnosi się do stopnia trudności zadania i związanego z tym naszego poczucia poradzenia sobie z problemem. Ogólność wiąże się z wielością różnych możliwych sytuacji, wśród których sytuacje specyficzne mogą wymagać szczególnych kompetencji kontrolnych. Natomiast siła, wyraża stopień pewności i zaufania co do posiadanych przez siebie kompetencji [4].

Wielu autorów badało poziom zasobów osobistych pielęgniarek. Może być to spowodowane tym, iż jest to zawód z misją społeczną, a jego wykonywanie wiąże się z posiadaniem szczególnych kompetencji emocjonalnych i społecznych. Badania pokazują, że korzystanie z infrastruktury edukacyjnej przez pielęgniarki, buduje ich pewność siebie i wzmacnia zasoby osobiste, niezbędne dla zachowania dobrostanu w środowisku pracy [5, 6, 7].

Dynamiczny rozwój, który dokonał się na przełomie ostatnich lat, wymusił zmiany w modelu kształcenia pielęgniarek. Powołanie Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych, uruchomienie studiów pomostowych, rozwój zaplecza edukacyjnego,

zwiększenie zakresu świadczeń udzielanych przez pielęgniarkę bez zlecenia lekarskiego – to tylko niektóre ze zmian stymulujące rozwój kształcenia w tej grupie zawodowej. Aby model ten działał i przynosił wymierne efekty potrzebna jest inicjatywa ze strony samych pielęgniarek. Badania pokazują, że wyrażają one gotowość do udziału w kursach, szkoleniach i studiach podyplomowych pomimo wielu trudności wynikających m.in. z obciążenia pracą czy ograniczoną liczbą szkoleń bezpłatnych. Ta przedsiębiorcza postawa generuje korzyści dla pacjentów, systemu opieki zdrowotnej i stanowi zasób niematerialny, którego nie wolno zmarnować [8].

Cel

Głównym celem pracy była ocena poczucia optymizmu oraz własnej skuteczności w grupie małopolskich pielęgniarek korzystających z kształcenia podyplomowego. Celami szczegółowymi było określenie:

- ogólnego wskaźnika poczucia optymizmu w grupie małopolskich pielęgniarek korzystających z kształcenia podyplomowego,
- ogólnego wskaźnika poczucia własnej skuteczności w grupie małopolskich pielęgniarek korzystających z kształcenia podyplomowego,
- zależności pomiędzy poczuciem optymizmu, własnej skuteczności, a wiekiem i stażem pracy badanych pielęgniarek,
- zależności pomiędzy poczuciem optymizmu, własnej skuteczności, a czynnikami motywującymi do podejmowania kształcenia podyplomowego.

Materiał i metody

W badaniu uczestniczyło 211 pielęgniarek i 5 pielęgniarzy posiadających 5-letni staż pracy w zawodzie – stanowiło to kryterium włączenia do badania. Badanie było przeprowadzane w 2018 roku w publicznym i niepublicznym ośrodku szkolenia, na terenie Krakowa i trwało trzy miesiące (od stycznia do marca). Badane osoby odbywały szkolenie specjalizacyjne dla pielęgniarek w dziedzinie: pielęgniarstwa rodzinnego, psychiatrycznego, internistycznego, chirurgicznego, onkologicznego, anestezjologicznego i intensywnej terapii. Respondenci uczestniczący w badaniu mieli od 29 do 58 lat, a ich średni wiek wynosił 39 lat. Blisko połowa ankietowanych – 94 osoby (43,5%) zamieszkiwała duże miasto. Najmniej liczebną grupę stanowiły osoby mieszkające w małym mieście – 47 osób (21,8%). Tereny wiejskie zamieszkiwało 75 osób (34,7%). Zdecydowana większość respondentów to osoby pracujące w publicznych placówkach służby zdrowia, takich jak oddziały szpitalne i przychodnie – 192 osoby (88,9%). W placówkach prywatnych pracowało 24 respondentów (11,1%).

Badanie zostało przeprowadzone zgodnie z zasadami Deklaracji Helsińskiej, a narzędzia badawcze zebrano po uzyskaniu pozytywnej opinii Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego (opinia nr 1072/6120/255/2017 z dnia 21.12.2017 roku) oraz pisemnej zgody dyrekcji ośrodków szkolenia. Przed przystąpieniem do badania członkowie zespołu badawczego przekazali respondentom informację dotyczącą celu badania oraz sposób zaznaczania odpowiedzi w przygotowanych kwestionariuszach. Ankietowani zostali poinformowani, iż badanie jest dobrowolne i anonimowe oraz istnieje możliwość wycofania się na każdym jego etapie.

W badaniu użyto metodę szacowania z techniką skali ocen oraz metodę sondażu diagnostycznego, technikę ankiety audytoryjnej. Wykorzystano dwa wystandaryzowane narzędzia – Skalę Uogólnionej Własnej Skuteczności (GSES) oraz Test Orientacji Życiowej (LOT-R). Na potrzeby badania opracowano autorski kwestionariusz ankiety, pod tytułem: „Korzystanie z form kształcenia podyplomowego w grupie pielęgniarek”. Uwzględniono w nim pytania dotyczące rodzaju kształcenia podyplomowego podejmowanego przez badane pielęgniarki/pielęgniarzy oraz czynników motywujących do korzystania z infrastruktury edukacyjnej. Autorskie narzędzie pozwoliło także zebrać informacje na temat zmiennych socjodemograficznych, takich jak: wiek, płeć, miejsce zamieszkania oraz zatrudnienia [9, 10].

Test Orientacji Życiowej (ang. Life Orientation Test – LOT-R) służy do pomiaru dyspozycyjnego optymizmu. Autorami polskiej wersji kwestionariusza jest R. Poprawa i Z. Juczyński. Narzędzie to zawiera 10 stwierdzeń, z których 6 ma znaczenie diagnostyczne. Respondent udziela odpowiedzi na pytania zaznaczając daną cyfrę: 0 – „zdecydowanie nie odnosi się do mnie” 1 – „raczej nie odnosi się do mnie”, 2 – „ani się odnosi ani się nie odnosi”, 3 – „raczej odnosi się do mnie”, 4 – „zdecydowanie odnosi się do mnie”. Ogólny wynik testu zawiera się w przedziale od 0 do 24 punktów i jest sumą sześciu stwierdzeń, w tym trzech nacechowanych pozytywnie (1, 4, 10) i trzech negatywnie (3, 7, 9). Im wyższy rezultat, tym wyższy poziom dyspozycyjnego optymizmu. Wynik surowy można przeliczyć według skali stenowej, co daje możliwość oceny natężenia dyspozycyjnego optymizmu. Wyniki w stenach 1–4 oznaczają niski poziom optymizmu (czyli skłonność do pesymizmu), wyniki w stenach 5–6 oznaczają średni poziom (czyli postawę neutralną), a wyniki w stenach 7–10 poziom wysoki (czyli skłonność do optymizmu) [11].

Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności (ang. General Self-Efficacy Scale – GSES) mierzy siłę ogólnego przekonania co do skuteczności radzenia sobie (ang. coping)

z problemami i życiowymi przeszkodami. Autorami polskiej wersji narzędzia są: R. Schwarzer, M. Jerusalem oraz Z. Juczyński. Wynik ogólny Skali GSES dla każdego z respondentów stanowi sumę wszystkich punktów uzyskanych z 10 twierdzeń. Respondent udziela odpowiedzi na pytania zaznaczając daną cyfrę: 1 – „nie”, 2 – „raczej nie”, 3 – „raczej tak”, 4 – „tak”. Zakres punktacji uzyskanej przez badanego mieści się w granicach od 10 do 40 punktów. Po zsumowaniu punktów uzyskanych przez każdego respondenta określa się ogólny wskaźnik poczucia własnej skuteczności. Im wyższa liczba punktów, tym większe poczucie własnej skuteczności. Wynik surowy przelicza się na standaryzowane normy stenowe, gdzie: 1–4 sten (10–24 pkt.) to wynik niski, 5–6 sten (25–29 pkt.) – wynik przeciętny oraz 7–10 sten (30–40 pkt.) – wynik wysoki [11].

Do analizy otrzymanych wyników surowych wykorzystano: współczynnik korelacji Pearsona, analizę wariancji ANOVA, test Kruskala-Wallisa, metodę regresji liniowej. Przyjęto poziom istotności statystycznej dla $p < 0,05$, natomiast analiza statystyczna została wykonana w programie R, wersja 3.5.0 [12].

Wyniki

Największy odsetek wśród badanych stanowiły osoby cechujące się neutralną orientacją w zakresie optymizmu – 86 osób (39,8%). Skłonność do optymizmu przejawiało 78 respondentów (36,1%), a tendencją do pesymizmu – 52 osoby (24,1%) (**Tabela 1**).

Tabela 1. Poziom dyspozycyjnego optymizmu w grupie małopolskich pielęgniarek

Table 1. The level of dispositional optimism in a group of Małopolska nurses

Liczba punktów <i>Numer of points</i>	Interpretacja wyników – dyspozycyjny optymizm/ <i>Interpretation of the results – dispositional optimism</i>	n	%
0–12	Skłonność do pesymizmu/ <i>Tendency to pessimism</i>	52	24,07
13–16	Orientacja neutralna/ <i>Neutral orientation</i>	86	39,81
17–24	Skłonność do optymizmu/ <i>Tendency to optimism</i>	78	36,11

n – liczebność badanej grupy z odpowiednim poziomem LOT-R/*n* – sample size with the appropriate level of the LOT-R; % – procent badanej grupy/% – the percentage of the investigated group

Źródło: opracowanie własne

Source: author's own analysis

Największą grupę spośród ankietowanych stanowiły osoby posiadające wysokie poczucie własnej skuteczności – 131 osób (60,6%). Jego niski poziom prezentowało 4 badanych (1,9%) (**Tabela 2**).

Tabela 2. Poziom poczucia własnej skuteczności w grupie małopolskich pielęgniarek

Table 2. The level of self-efficacy in a group of Małopolska nurses

Liczba punktów Numer of points	Poziom poczucia własnej skuteczności/ The level of self-efficacy	n	%
10–24	Niski/Low	4	1,9
25–29	Przeciętny/Medium	81	37,5
30–40	Wysoki/High	131	60,6

n – liczebność badanej grupy z odpowiednim poziomem GSES/n – sample size with the appropriate level of the GSES; % – procent badanej grupy/% – the percentage of the investigated group

Źródło: opracowanie własne

Source: author's own analysis

Przeprowadzona analiza statystyczna nie wykazała związku pomiędzy poczuciem optymizmu, a wiekiem ($p = 0,344$; $t = 0,946$) i stażem pracy ($p = 0,289$; $F = 1,245$) badanych pielęgniarek. Podobne rezultaty uzyskano po przeprowadzeniu analizy zależności między poczuciem własnej skuteczności, a wiekiem respondentów ($p = 0,106$; $t = 1,616$) oraz stażem ich pracy ($p = 0,454$; $W = 4,696$) (Tabela 3, 4).

Tabela 3. Związek pomiędzy skłonnością do optymizmu, poziomem poczucia własnej skuteczności a wiekiem Małopolskich pielęgniarek

Table 3. The relationship between the tendency to optimism/the level of self-efficacy and the age of Małopolska nurses

Cecha/ Attribute	Współczynnik korelacji/ Correlation coefficient	p
skłonność do optymizmu i wiek/ Tendency to optimism and the age	-0,065	0,344
poczucie własnej skuteczności i wiek/ Self-efficacy and the age	0,110	0,106

p – poziom istotności statystycznej/p – level of statistical significance;

Źródło: opracowanie własne

Source: author's own analysis

Tabela 4. Związek pomiędzy skłonnością do optymizmu, poziomem poczucia własnej skuteczności a stażem pracy Małopolskich pielęgniarek

Table 4. The relationship between the tendency to optimism/ the level of self-efficacy and length of service of Małopolska nurses

Staż pracy Length of service	N	Średnia	SD	Mediana	Min	Max	Q1	Q3	p *
5–9 lat/years	69	15,55	3,86	16	3	24	12,00	18,00	p = 0,289
10–14 lat/years	23	14,30	3,48	13	7	21	12,00	16,50	
15–19 lat/years	25	16,24	2,86	16	12	22	14,00	19,00	
20–24 lata/years	42	15,10	3,22	15	9	22	13,00	17,00	
25–29 lat/years	40	14,85	3,17	14	9	24	12,75	16,25	
30 lat i więcej/ years and more	17	14,29	3,31	15	8	20	12,00	17,00	

Staż pracy Length of service	N	Średnia	SD	Mediana	Min	Max	Q1	Q3	p **
5–9 lat/years	69	29,83	3,26	30	22	40	28,00	31,00	p = 0,454
10–14 lat/years	23	30,91	2,87	30	26	37	29,00	33,00	
15–19 lat/years	25	30,00	2,5	30	25	35	29,00	31,00	
20–24 lata/years	42	30,29	3,11	30	22	39	28,25	32,00	
25–29 lat/years	40	30,88	3,17	30	23	40	29,00	32,00	
30 lat i więcej/ years and more	17	30,76	2,63	30	27	36	29,00	32,00	

p* ANOVA

p** Test Kruskala-Wallis/Kruskal-Wallis Test

n – liczebność badanej grupy z odpowiednim poziomem LOT-R, GSES/n – sample size with the appropriate level of the LOT-R, GSES; Średnia/Average; SD – odchylenie standardowe/SD – standard deviation; Mediana/Median; Min – wartość minimalna/Min – minimum value; Max – wartość maksymalna/Max – maximum value; Q1 – kwartył pierwszy/Q1 – first quartile; Q3 – kwartył trzeci/Q3 – third quartile; p – poziom istotności statystycznej/p – level of statistical significance.

Źródło: opracowanie własne

Source: author's own analysis

Wykazano związek pomiędzy skłonnością do optymizmu, a dwoma czynnikami motywującymi pielęgniarki do podejmowania kształcenia podyplomowego (Tabela 5):

- chęć podniesienia swojego prestiżu ($p = 0,009$): parametr regresji wynosił 1,369, a więc osoby, które zaznaczyły tę motywację miały skłonność do optymizmu średnio o 1,369 punktu wyższą niż osoby, które takiej motywacji nie zaznaczyły;
- chęć uzyskania awansu zawodowego ($p = 0,005$): parametr regresji wynosił –2,545, a więc osoby, które zaznaczyły tę motywację miały skłonność do optymizmu średnio o 2,545 punktu niższą niż osoby, które takiej motywacji nie zaznaczyły.

Tabela 5. Związek pomiędzy skłonnością do optymizmu, poziomem poczucia własnej skuteczności a motywacjami do kształcenia podyplomowego w grupie Małopolskich pielęgniarek

Table 5. The relationship between the tendency to optimism/ the level of self-efficacy and motivations for postgraduate education in a group of Małopolska nurses

Skłonność do optymizmu a motywacje do podjęcia kształcenia podyplomowego/ Tendency to optimism and motivations to undertake postgraduate education	Parametr Regresji/ Regression Parameter	95% CI	p
chęć podniesienia swoich kompetencji/ willingness to improve their competences	1,112	-0,231 2,455	0,104
chęć podniesienia swojego prestiżu/ willingness to raise their prestige	1,369	0,347 2,392	0,009
chęć zwiększenia wynagrodzenia za pracę/ willingness to increase pay for work	0,541	-0,490 1,572	0,302

chęć uzyskania awansu zawodowego/ <i>willingness to get a career promotion</i>	-2,545	-4,309	-0,781	0,005
chęć sprostania wymaganiom na rynku pracy/ <i>willingness to meet the require- ments on the labor market</i>	0,440	-0,605	1,484	0,407
presja ze strony pracodawcy/ <i>pressure from the employer</i>	-0,200	-2,796	2,396	0,879
Inne/other	2,682	-0,753	6,116	0,125
Poczucie własnej skuteczności a motywacje do podjęcia kształcenia podyplomowego/ <i>Self-efficacy and motivation to undertake post-graduate education</i>	Parametr Regresji/ <i>Regression Parameter</i>	95% CI	p	
chęć podniesienia swoich kompetencji/ <i>willingness to improve their competen- ces</i>	0,237	-0,977	1,451	0,701
chęć podniesienia swojego prestiżu/ <i>willingness to raise their prestige</i>	-0,114	-1,038	0,811	0,809
chęć zwiększenia wynagrodzenia za pra- cę/ <i>willingness to increase pay for work</i>	-0,444	-1,376	0,488	0,349
chęć uzyskania awansu zawodowego/ <i>willingness to get a career promotion</i>	1,196	-0,399	2,791	0,141
chęć sprostania wymaganiom na rynku pracy/ <i>willingness to meet the require- ments on the labor market</i>	0,025	-0,919	0,970	0,958
presja ze strony pracodawcy/ <i>pressure from the employer</i>	-1,828	-4,175	0,520	0,126
Inne/other	-2,940	-6,045	0,166	0,063

CI – przedział ufności/CI – confidence interval; p – poziom istotności statystycznej/p – level of statistical significance; t-

Źródło: opracowanie własne

Source: author's own analysis

Przeprowadzona analiza statystyczna nie wykazała związku między poczuciem własnej skuteczności, a motywacjami do kształcenia podyplomowego ($p > 0,005$) (Tabela 5).

Dyskusja

W obecnych czasach, podejmowanie pracy zawodowej wiąże się nie tylko z wykonywaniem czynności przewidzianych dla danej profesji, ale także z udziałem w szkoleniach, kursach czy studiach podnoszących kwalifikacje zawodowe. Poszerzanie swojej wiedzy oraz nabywanie nowych umiejętności należy do obowiązków kadry pielęgniarskiej, co potwierdza zapis Kodeksu Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej Rzeczypospolitej Polskiej. Wypełnianie obowiązku edukacyjnego, z jednej strony pomaga zaspokoić własną potrzebę rozwoju, z drugiej umożliwia sprostać wymaganiom danego stanowiska pracy. Badania M. Łaguny pokazują, że wysokie przekonanie o własnej skuteczności w podejmowaniu kształcenia przyczynia się do wyższej oceny wartości działań rozwojowych. Równocześnie wysoki poziom samooceny oraz nadziei na sukces sprzyja

wyższej ocenie szans podjęcia i ukończenia szkolenia [13, 14].

Optymizm wpływa na wiele sfer życiowych, w tym na funkcjonowanie jednostki w środowisku pracy. Wyniki badań własnych pokazują, że choć największy odsetek badanych cechowała orientacja neutralna (39,8%), to niemalże tyle samo respondentów miało tendencję ku myśleniu optymistycznemu (36,1%). Z przeprowadzonej analizy wynika także, że te pielęgniarki, które podejmują kształcenie z pobudek własnych mają większą skłonność do optymizmu, niż osoby uczące się dla uzyskania awansu zawodowego. W literaturze znaleziono wiele publikacji dotyczących dyspozycyjnego optymizmu, jednak niewiele z nich dotyczy pielęgniarek, zwłaszcza w kontekście kształcenia podyplomowego. Niemniej, każda z publikacji, podkreśla rolę tego zasobu w m.in. podejmowaniu zachowań prozdrowotnych, radzeniu sobie ze stresem, zmaganiem się z chorobą czy jakością życia [15, 16, 17, 18].

Warte uwagi są badania dotyczące optymizmu przeprowadzone wśród 87 położnych. W tej grupie blisko połowa respondentów (47,8%) wskazywała na skłonność do optymizmu, a co czwarty badany (26,1%) wykazywał nastawienie pesymistyczne [19]. Z kolei badanie przeprowadzone przez E. Dziąbek, U. Dziuk i wsp. [20] wśród 50 pielęgniarek i położnych wykazało, że wraz ze wzrostem poziomu optymizmu maleje tłumienie negatywnych emocji. Ponadto optymistyczne nastawienie do życia dominuje u osób z wykształceniem wyższym. Przytoczone badania pokazują, że większość pielęgniarek posiadało potencjał osobisty w postaci poczucia optymizmu, który może być stymulowany poprzez zdobywanie wiedzy i umiejętności. Należy jednak zaznaczyć, iż niewielka liczba publikacji w tym zakresie rodzi potrzebę dalszych badań dotyczących dyspozycyjnego optymizmu pracowników medycznych [20].

Przeprowadzona analiza wyników własnych otrzymanych w zakresie poczucia własnej skuteczności wykazała jego wysoki poziom u ponad połowy respondentów (60,6%). Niski poziom tego zasobu dotyczył jedynie kilku badanych (1,9%). Inne badania, o podobnej tematyce, przeprowadzono wśród 71 pielęgniarek, pracujących w hospicjum. Większość badanych (60,6%) deklarowało wysokie poczucie własnej skuteczności, a niskie także jedynie pojedyncze jednostki (11%) [21]. Wysoki poziom nasilenia tego zasobu odnotowano także wśród 428 pielęgniarek zatrudnionych w szpitalach. Sumaryczny średni wynik dla tej grupy wyniósł 30,23 pkt. [22]. Wszystkie przedstawione badania obrazują tendencję ku wysokiemu wskaźnikowi poczucia własnej skuteczności u pielęgniarek poddawanych badaniom. Jest to

pozytywne zjawisko, gdyż odpowiednie nasilenie tego potencjału generuje bardziej adaptacyjne zachowania i przeżycia związane z pracą m.in. w zakresie poczucia sukcesu w zawodzie, zadowolenia z pracy czy radzenia sobie. W badaniach własnych nie uwidoczniło się bezpośredniego wpływu poczucia własnej skuteczności na czynniki motywujące do podejmowania kształcenia. Nie zaleziono także publikacji, które podjęłyby próbę zbadania takiej zależności.

Badania własne miały na celu ocenę zasobów osobistych w grupie pielęgniarek uczących się oraz ich zestawienie z czynnikami motywującymi do podejmowania procesu doskonalenia wiedzy i umiejętności w ramach kształcenia podyplomowego. Biorąc pod uwagę przytoczone rezultaty badań własnych i innych autorów, można stwierdzić, że większość pielęgniarek posiadała satysfakcjonujący poziom badanych zasobów, niezbędnych dla utrzymania dobrostanu w środowisku pracy. Teoria kapitału psychologicznego (ang. psychological capital – PsyCap) Luthansa i wsp. mówi o wysokiej korelacji nadziei, przekonania o własnej skuteczności, optymizmu i prężności, zwłaszcza w środowisku pracy. Pielęgniarki zobowiązane są do stałego aktualizowania wiedzy i doskonalenia umiejętności w celu świadczenia opieki zgodnie z obowiązującymi standardami oraz aktualnym stanem wiedzy medycznej. Kwestię tę regulują nie tylko przepisy prawa, ale również zasady etyki zawodowej. Wydaje się zasadne wprowadzenie do systemu kształcenia pielęgniarek treningów interpersonalnych i szkoleń rozbudowujących ich osobisty kapitał. Przemawia za tym fakt, że doksztalcenie powoduje spadek poziom stresu związanego z pracą, wzrost pewności siebie, a co za tym idzie umacnia zasoby osobiste. Ponadto pielęgniarki wykazują gotowość do rozwijania swoich potencjałów poprzez uczenie się [23, 24, 25].

Wnioski

1. Pomimo, iż większość respondentów cechowała neutralna orientacja w zakresie optymizmu, to biorąc pod uwagę wszystkie otrzymane rezultaty, badane pielęgniarki mają większą skłonność do optymizmu niż pesymizmu. Ponadto ponad połowa z nich cechuje się wysokim poczuciem własnej skuteczności.
2. Zestawienie motywacji do korzystania z infrastruktury edukacyjnej z zasobami osobistymi pokazuje, że badane pielęgniarki mają większą skłonność do optymizmu, gdy podejmują kształcenie z powodu rozwoju osobistego, niż w związku z chęcią poprawy sytuacji zawodowej.
3. Pielęgniarki uczestnicząc w kształceniu podyplomowym dążą do zapewnienia pacjentom

odpowiedniego standardu opieki, ale także wzmocnienia swojej pewności siebie. Wysoki poziom wiedzy teoretycznej i praktycznej, można traktować jako jeden z zasobów osobistych istotnych w profilaktyce stresu zawodowego.

Piśmiennictwo

1. Mróz J. Znaczenie zasobów osobistych dla zachowań i przeżyć związanych z pracą pielęgniarek. *Probl Hig Epidemiol* 2014; 95(3): 731–736.
2. Carver CS, Scheier MF, Segerstrom SC. Optimism. *Clin Psychol Rev*. 2010; 30(7): 879–889.
3. Czerw A. Optymizm w perspektywie psychologicznej. Gdańsk: GWP; 2010.
4. Bandura A. Self-Efficacy: The Exercise of Control. New York: W.H. Freeman; 1997.
5. Czerw A, Borkowska A. Praca zawodowa jako obszar realizowania misji społecznej. *Psychol. Społ.* 2010; 4: 303–315.
6. Jażdżewska N, Kretowicz K, Żuralska R. Nadzieja na sukces a poczucie koherencji w grupie zawodowej pielęgniarek. *Probl Piel.* 2018; 26(1): 9–14.
7. Kretowicz K, Bieniaszewski L. Determinants of sense of coherence among managerial nursing staff. *Ann Agr Env Med* 2015; 22(4): 713–717.
8. Cisoń-Apanasewicz U, Gawel G, Ogonowska D, Potok H. Opinie pielęgniarek na temat kształcenia podyplomowego. *Probl Piel.* 2009; 17(1): 32–27.
9. Lenartowicz H, Kózka M. Gromadzenie materiału badawczego. W: Lenartowicz H, Kózka M. (red.) *Metodologia badań w pielęgniarstwie*. Podręcznik dla studiów medycznych. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010, 97–116.
10. Maszke A. Podstawowe czynności postępowania badawczego. W: Maszke A. (red.) *Metody i techniki badań pedagogicznych*. Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów 2008, 85–155.
11. Juczyński Z, Ogińska-Bulik N. Narzędzia pomiaru stresu i radzenia sobie ze stresem. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego; 2012.
12. R Core Team R. A language and environment for statistical computing. Vienna: R Foundation for Statistical Computing; 2017. URL <https://www.R-project.org/>.
13. Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych. Kodeks Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej Rzeczypospolitej Polskiej [cytowany 10 lipca 2018r.]. Adres: <http://nipip.pl/prawo/samorządowe/krajowy-zjazd-pielęgniarek-i-polożnych/kodeks-etyki-zawodowej-pielęgniarki-i-polożnej-rzeczypospolitej-polskiej/>.
14. Łąguna M. Cechy osobowości a podejmowanie działań rozwojowych przez pracowników. *Czasopismo Psychologiczne* 2012, 18 (2): 277–285.
15. Łatka J, Majda A, Pyrz B. Dyspozycyjny optymizm a zachowania zdrowotne pacjentów z chorobą nadciśnieniową. *Probl Piel.* 2013; 21 (1): 21–28.
16. Juczyński Z. Zmaganie się z nieuleczalną chorobą – mobilizacja osobistych potencjałów zdrowia. *Sztuka Leczenia* 2016; 1: 19–29.
17. Wrzesińska MA, Opuchlik K, Kocur J. Ocena umiejscowienia kontroli zdrowia oraz poziomu poczucia własnej skuteczności i optymizmu u chorych na stwardnienie rozsiane. *Post Psychiatr Neurol* 2008; 17 (4): 313–318.
18. Ogińska-Bulik N, Zadworna-Cieślak M, Rogala E. Rola zasobów osobistych w podejmowaniu zachowań zdrowotnych przez osoby w wieku senioralnym. *Probl Hig Epidemiol* 2015, 96 (3): 570–577.

19. Dziąbek E, Dziuk U, Brończyk-Puzoń A, Bieniek J, Kowolik B. Poczucie optymizmu a kontrola emocji w wybranej grupie pielęgniarek i położnych, członkiń Beskidzkiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Bielsku-Białej. *Ann. Acad. Med. Siles.* 2013; 67(6): 367–373.
20. Rasińska R, Nowakowska I. Satysfakcja z pracy położnych a poziom optymizmu. *Zdrowie i Dobrostan* 2013; 4: 235–246.
21. Żuralska R, Mziray M, Postrożny D, Domagała P. Poczucie własnej skuteczności a style radzenia sobie z sytuacją trudną u pielęgniarek pracujących z chorym umierającym. *Przeds Zarz* 2014; XV (12): 131–141.
22. Andruszkiewicz A, Banaszkiewicz M, Felsmann M, Marzec A, Kielbratowska B, Kocięcka A. Poczucie własnej skuteczności a wybrane zmienne związane z funkcjonowaniem zawodowym w grupie pielęgniarek. *Probl Piel.* 2011; 19 (2): 143–147.
23. Mróz J. Znaczenie zasobów osobistych dla zachowań i przeżyć związanych z pracą pielęgniarek. *Probl Hig Epidemiol* 2014; 95(3): 731–736.
24. Luthans F, Avey JB et al. Psychological Capital development: Toward a microintervention. *J Organ Behav* 2006; 27(3): 387–393.
25. Kunecka D. Wybrane determinanty satysfakcji zawodowej polskich pielęgniarek. Część I – praca a życie osobiste i społeczne. *Przeds Zarz* 2017; XVIII (7): 149–168.

Artykuł przyjęty do redakcji: 21.07.2018
 Artykuł przyjęty do publikacji: 16.10.2018.

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.
 Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:

Agata Wojcieszek
 ul. Michałowskiego 12
 31-126 Kraków
 tel. 12 634 33 97
 e-mail: agata.wojcieszek@student.uj.edu.pl
 Pracownia Teorii i Podstaw Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu,
 Collegium Medicum – Uniwersytet Jagielloński

■ INICJACJA SEKSUALNA WŚRÓD MŁODZIEŻY SZKÓŁ PONADGIMNAZJALNYCH

SEXUAL INITIATION AMONG YOUTH FROM HIGH SCHOOLS

Magdalena Nieckula, Paulina Irena Jabłońska, Alicja Agata Duda, Kinga Fecko-Gałowicz

Podhalańska Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Nowym Targu

DOI: <https://doi.org/10.20883/pielpol.2019.20>

STRESZCZENIE

Wstęp. Młodzi ludzie bez dostatecznego przygotowania do własnej seksualności są narażeni na utratę zdrowia seksualnego, prokreacyjnego w okresie dojrzewania płciowego oraz dorastania, wiążącego się z impulsywnym podejmowaniem różnych form aktywności seksualnej, co prowadzi do ograniczenia zdolności podejmowania odpowiedzialnych decyzji i przewidywania ich skutków oraz planowania przyszłości.

Cel. Nadrzędnym celem pracy była próba zwrócenia uwagi na problem wczesnej inicjacji seksualnej wśród młodzieży szkół ponadgimnazjalnych na terenie województwa małopolskiego.

Materiał i metody. Badaniem objęto 1026 uczniów w wieku między 16. a 18. rokiem życia z losowo wybranych szkół ponadgimnazjalnych na terenie województwa małopolskiego. Badanie zostało przeprowadzone metodą sondażu diagnostycznego. Jako narzędzie badawcze wykorzystano kwestionariusz ankiety samodzielnie opracowany na potrzeby niniejszego badania.

Wyniki. Znacznie większy odsetek respondentów (65,55% dziewcząt i 59,40% chłopców) nie podjęło współżycia płciowego. Więcej chłopców niż dziewcząt rozpoczęło inicjację seksualną. Najczęściej stosowaną metodą antykoncepcyjną wśród młodzieży jest prezerwatywa.

Wnioski. Dziewczęta wcześniej rozpoczynają życie seksualne od chłopców i wybierają starszych partnerów do inicjacji seksualnej, natomiast chłopcy inicjują życie seksualne z młodszymi dziewczętami. Wśród najmłodszych uczestników badania częściej inicjacja seksualna dotyczyła chłopców niż dziewcząt (dziewczęta: 2,02% versus 6,71% chłopców).

SŁOWA KLUCZOWE: wczesna inicjacja seksualna, antykoncepcja, edukacja seksualna.

ABSTRACT

Introduction. Young people without sufficient preparation for their sexuality are likely to lose their sexual and reproductive health during puberty and adolescence. They take impulsive, various forms of sexual activity, which may result in a limitation of the ability to make responsible decisions, predict their effects and plan for the future.

Aim. The main aim of the work was to try to draw attention to the problem of early sexual initiation among youth from high schools in the Malopolska province.

Material and Methods. 1026 students aged 16-18 from randomly selected secondary schools in Malopolska region took part in the research. The study was carried out by means of a diagnostic survey. As a research tool, a self-developed questionnaire was used for the purposes of this study.

Results. A much higher percentage of the respondents (65.55% of the females and 59.40% of the males) do not take sexual intercourse. More boys than girls start sexual initiation. Condoms are the most common method of contraception among young people.

Conclusions. Girls start sex life earlier than boys and choose older partners for sexual initiation, while boys initiate sexual life with younger girls. Among the youngest participants in the study, sexual initiation was more often related to boys than girls (girls: 2.02% versus 6.71% boys).

KEYWORDS: early sexual initiation, contraception, sexual education.

Wprowadzenie

Seksualność oznacza płciowość człowieka, przynależność do określonej płci i doświadczenie wszelkich płynących z tego następstw [1]. Seksualność stanowi kluczowy aspekt istnienia człowieka w trakcie jego życia i towarzyszy mu od poczęcia aż do biologicznej śmierci. Dotyczy płci, tożsamości i ról płciowych, orientacji seksualnej, erotyzmu, przyjemności, intymności oraz prokreacji. Stanowi sferę emocji i zachowań, których

biologicznym celem jest odbycie stosunku płciowego. Seksualność jest odczuwana i wyrażana wielowymiarowo: w myślach, fantazjach, pragnieniach, wierzeniach, postawach, wartościach, zachowaniach, praktykach, rolach i związkach emocjonalno-uczuciowych [1–3].

Temat seksualności osób młodych jest szczególnie ważny ze względu na fakt, iż jest ściśle powiązany z okresem dorastania biologicznego, psychicznego oraz społecznego. Z uwagi, iż seksualność ta jest do-

piero w rozkwicie, jest także bardzo plastyczna i podatna na wpływy, dlatego tak ważne są odpowiednie wzorce dla młodego człowieka [2, 4–5].

Ludzie młodzi wkraczający dopiero w dorosłe życie stają przed dylematem wyboru określonych zachowań seksualnych. Jednym z najważniejszych etapów w procesie rozwoju biologicznego człowieka jest okres dojrzewania płciowego [3, 6].

Dojrzewanie do partnerstwa seksualnego jest procesem bardzo długim i skomplikowanym, a rozwój psychoseksualny jest procesem dynamicznym i zmiennym. Seksualność wywiera, zatem wpływ na całe życie człowieka. Dlatego tak ważną rzeczą jest, by się nad nią zastanowić. Tym bardziej ważną, że młody człowiek potrzebuje wielu lat, by stać się mężczyzną czy kobietą [5, 7].

W okresie dorastania wielu młodych ludzi rozpoczyna swoje życie seksualne [8]. Dziewczęta i chłopcy podejmują aktywność seksualną, która rozwija się od form mniej dojrzałych ku coraz dojrzałym. Do takich zachowań należy zaliczyć: masturbacje, petting, necking oraz inicjacje współżycia seksualnego. Obniżył się wiek, w którym eksperymenty seksualne młodzieży stają się społecznie akceptowane [9–11, 13].

Jednym z najważniejszych elementów wchodzących w zakres postawy wobec seksualności człowieka jest postawa wobec inicjacji seksualnej młodzieży w okresie adolescencji [3]. Termin inicjacja seksualna oznacza odbycie pierwszego w życiu stosunku seksualnego [2, 3, 6, 10–13]. Bez względu na motyw, jakie towarzyszą pierwszemu stosunkowi seksualnemu, inicjacja jest zawsze przejściem do następnego etapu rozwoju psychoseksualnego. Przynosi szereg konsekwencji uczuciowych, znaczących dla funkcjonowania człowieka w relacjach bliskich, zwłaszcza o charakterze intymnym [2, 4, 6, 14]. Inicjacja seksualna jest ważnym wydarzeniem w życiu każdego mężczyzny i kobiety. W zależności od płci może mieć inne znaczenie [6]. Od tego, w jaki sposób się ona odbędzie, może zależeć przyszłe życie seksualne młodego człowieka [5, 7].

Akceleracja rozwojowa młodzieży niesie ze sobą wiele negatywnych konsekwencji, w tym dotyczących zdrowia reprodukcyjnego i seksualnego, których skutki bywają niejednokrotnie odległe w czasie [1, 2, 4, 6]. Wcześniejszy rozwój młodzieży przejawiający się szybszym dojrzewaniem fizycznym, a także zwiększeniem swobody i niezależności od świata dorosłych oraz zaistniałe przemiany w obyczajowości związanej z rewolucją seksualną w krajach zachodnich spowodowały, iż w kolejnych generacjach dorastającej młodzieży obserwuje się trend polegający na obniżeniu wieku inicjacji seksualnej [11–13].

Młodzi ludzie coraz wcześniej rozpoczynają współżycie seksualne [3–4, 6–8]. Należy pamiętać, że już

w wieku 15 lat znaczny odsetek młodzieży decyduje się na rozpoczęcie współżycia płciowego [1, 7–8, 11–13]. Badania wskazują, że 20% dziewcząt i 28% chłopców miało pierwsze kontakty seksualne jeszcze przed ukończeniem 15. roku życia, a przed ukończeniem 18. roku życia odpowiednio: 56% dziewcząt i 73% chłopców [8]. Przeprowadzone przez Kościółek i wsp. badania wykazały, że 46% badanej młodzieży szkół ponadgimnazjalnych rozpoczęło współżycie seksualne. Średni wiek inicjacji wynosił 16,5 lat, co wskazuje na obniżenie się wieku, w którym młodzi ludzie mają pierwsze doświadczenia seksualne [3].

Badania nad aktywnością seksualną młodzieży potwierdzają, że wszelka dyskusja na temat wieku rozpoczęcia współżycia seksualnego nie pozwala na wyciągnięcie zgodnych wniosków. Zarówno ze względów medycznych, jak i wychowawczych nie ma możliwości określenia, jaki wiek jest najbardziej właściwy dla inicjacji seksualnej. Zależy on zawsze od wielu indywidualnych czynników, rozwoju biologicznego, emocjonalnego i społecznego, a także od okoliczności zewnętrznych, sytuacyjnych [14].

Według wielu autorów jako motywy wczesnej inicjacji młodzieży podaje: redukcję narastającego napięcia seksualnego, miłość, presję rówieśników, ciekawość, poszukiwanie przyjemności, podniesienie poczucia własnej wartości, dążenie do przeżycia czegoś ekscytującego, uczucie litości wobec partnera oraz lęk przed porzuceniem przez partnera, legalizację związku, specyfikę miejsca zamieszkania, środowisko rodzinne i wpływy kulturowe [1, 6, 8, 11, 12].

Do czynników sprzyjających wczesnej inicjacji seksualnej dziewcząt i chłopców można również zaliczyć używki: zażywanie narkotyków, palenie papierosów, picie alkoholu, mające bezpośredni związek ze stylem życia młodych ludzi [11–12].

Aktywność seksualna młodzieży ma bardzo istotne zdrowotne uwarunkowania i konsekwencje. Młodzież, która inicjuje stosunek seksualny w okresie dojrzewania doświadcza wielu zagrożeń, w tym współbieżnych problemów dostosowawczych i niebezpiecznych praktyk seksualnych [11, 14–16]. Pomimo, iż nastolatki rozpoczynające życie seksualne są dojrzałe pod względem fizycznym, bardzo widoczna w ich postępowaniu jest niedojrzałość emocjonalna, która objawia się brakiem odpowiedzialności za swoje decyzje oraz poniesienia odpowiedzialności za ewentualne skutki współżycia seksualnego [17].

Wczesna inicjacja seksualna jest powszechnie uznana za zachowanie ryzykowne wśród adolescentów [10]. Właśnie w tej grupie społecznej najbardziej widoczne są kontakty seksualne pozbawione więzi uczuciowej, podejmowane z przypadkowymi, często zmienianymi

mi partnerami [12–13]. Okres dorastania jest czasem, w którym różnorodne formy zachowań ryzykownych pojawiają się szczególnie często i stanowią główną przyczynę utraty zdrowia w wymiarze fizycznym i psychicznym [7, 12, 15, 17].

Wcześniejszy wiek inicjacji seksualnej wiąże się z mniej konsekwentną antykoncepcją, czego następstwem jest podwyższone ryzyko zakażeń chorobami przenoszonymi drogą płciową – STIs (Sexually Transmitted Infections) i ich następstw, przedwczesna prokreacja i rodzicielstwo, stres emocjonalny. Do najczęstszych wirusowych patogenów chorobotwórczych wywołujących zakażenia narządów płciowych u dziewcząt należą: HIV (Ludzki wirus niedoboru odporności)/AIDS (Zespół nabytego niedoboru odporności), HSV (Wirus opryszczki pospolitej), głównie HSV-2 (Wirus opryszczki narządów płciowych), rzadko HSV-1 (Wirus opryszczki wargowej), HPV (Wirus brodawczaka ludzkiego). Dla kobiet, szczególne niebezpieczeństwo wiąże się z wirusami HPV z grupy wysokiego/średniego ryzyka zagrożenia rozwojem choroby nowotworowej, stanowiącymi główną przyczynę zachorowań na raka szyjki macicy w dorosłym wieku [8, 10, 15–16]. Najwyższe ryzyko zakażenia jest wśród nastoletnich dziewcząt rozpoczynających współżycie płciowe [16].

Zakażenia wirusem brodawczaka ludzkiego HPV to najczęstsze infekcje przenoszone drogą płciową u dziewcząt i młodych kobiet. Transmisja zakażenia odbywa się głównie drogą kontaktów seksualnych. Do czynników ryzyka wystąpienia zakażenia wirusa brodawczaka ludzkiego należą: wiek, rozpoczęcie współżycia seksualnego – im wcześniej tym ryzyko jest większe, częste kontakty seksualne, duża liczba partnerów płciowych, zmiany zapalne w obrębie pochwy i sromu, a także nieprawidłowe wyniki rozmazów cytologicznych. U dziewcząt i młodych kobiet aktywnych seksualnie w wieku 15–24 lata obserwuje się najwyższy wskaźnik zakażeń HPV w okresie 2–3 lat po inicjacji seksualnej [10].

Choroby przenoszone drogą płciową są problematyczne, ponieważ nieleczone, mogą czasami prowadzić do niepłodności, powikłań ciąży, uszkodzenia narządów płciowych a nawet śmierci [10, 14, 17].

Przedwczesna aktywność seksualna prowadzi nie rzadko do urazów psychologicznych, pojawienia się poczucia winy i depresji. Emocjonalne trudności mogą wynikać z poczucia zagrożenia chorobą lub pojawić się po zakażeniu lub zajściu w nieplanowaną ciążę. Intymne związki wśród młodych są często niestabilne i ich rozpad stanowić może zagrożenie dla trwałych relacji w przyszłości. Relacje te mogą być zagrożone poprzez pojawienie się niepłodności czy trudności w donoszeniu ciąży, będących skutkiem zbyt wczesnych i licznych kontaktów seksualnych [14, 17].

Bardzo duży problem społeczny stanowią ciążę młodocianych, definiowane przez WHO jako ciążę u nastolatka między 10. a 19. rokiem życia [7–8, 10, 18]. Urodzenia pozamałżeńskie zdarzają się szczególnie często wśród młodocianych w porównaniu z innymi grupami wiekowymi. Ciążę nastolatka są zazwyczaj nieplanowane, a młode kobiety nie są przystosowane do narzuconej im roli. Wśród przyczyn należy wymienić brak dojrzałości psychospołecznej adekwatnej do osiągniętego rozwoju płciowego, a także patologie i negatywne wzorce rodzinne [18]. Bezpośrednią przyczyną są zmiany w obyczajowości seksualnej nastolatków, a w szczególności obniżanie wieku inicjacji [14, 17]. Do innych przyczyn zaliczyć należy: brak odpowiedniej edukacji seksualnej, niewystarczającą promocję zdrowia reprodukcyjnego, brak łatwego dostępu do skutecznych metod antykoncepcyjnych, nadużycia fizyczne i seksualne, niechęć do edukacji szkolnej, ryzykowne zachowania seksualne oraz wyższy odsetek niepowodzeń podczas stosowania antykoncepcji [14, 17–18].

Wczesna inicjacja seksualna może przyczynić się do podejmowania różnych innych ryzykownych zachowań seksualnych, jak: współżycia z wieloma partnerami, częste zmiany partnerów, przygodne kontakty seksualne, preferencje seksualne (różnorodność kontaktów płciowych), przemoc seksualna, sponsoring, prostytutka heteroseksualna i homoseksualna [10, 14, 17].

Cel pracy

Nadrzędnym celem pracy była próba zwrócenia uwagi na rozpoznanie problemu wczesnej inicjacji seksualnej wśród młodzieży szkół ponadgimnazjalnych na terenie województwa małopolskiego.

Materiał i metody

Badaniem objęto młodzież z losowo wybranych szkół ponadgimnazjalnych na terenie województwa małopolskiego. Do badania zakwalifikowano młodzież w wieku między 16. a 18. rokiem życia. Na potrzeby przeprowadzonych badań przygotowano i rozprowadzono 2000 kwestionariuszy badawczych. Ostatecznie uzyskano 1524 kwestionariuszy badawczych, jednak ze względu na brak spełnienia kryteriów włączenia do badania, wyłączono z niego 322 kwestionariusze (21,1%) od osób niespełniających kryterium wieku (wiek powyżej 18 lat) oraz 176 kwestionariuszy (11,5%) od osób, które niepoprawnie wypełniły kwestionariusz badawczy. Pozostałe osoby (n = 476; 23,8%) nie zwróciły wypełnionego kwestionariusza, a tym samym odmówiły udziału w badaniu. Finalnie do badania zakwalifikowano 1026 uczniów szkół ponadgimnazjalnych. Wszystkie osoby biorące udział w badaniu zostały poinformowane o celowości przeprowadzanych badań, a następnie wyraziły

świadomą zgodę na udział w badaniu. Badania miały charakter anonimowy i dobrowolny. Ze względu na bardzo osobistą tematykę były prowadzone w warunkach zapewniających intymność i swobodę udzielania odpowiedzi, a po wypełnieniu kwestionariusze zbierane były do urny.

Badanie miało charakter badania epidemiologicznego; zostało przeprowadzone metodą sondażu diagnostycznego. Badanie zostało pozytywnie zaopiniowane przez Komisję Bioetyczną Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach KNW/0022/KB/28/16.

Przed rozpoczęciem badania uzyskano zgodę dyrektora losowo wybranych szkół, na terenie których przeprowadzano następnie badania.

W pracy wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety składający się z dwóch części. Pierwsza część ankiety dotyczyła danych socjo-demograficznych (płeć, wiek, miejsce zamieszkania, sytuacja rodzinna, typ szkoły, wykształcenie matki (macochy), wykształcenie ojca (ojczyma), sytuacja zawodowa matki (macochy), sytuacja zawodowa ojca (ojczyma), światopogląd religijny). Druga część kwestionariusza zawierała pytania z zakresu edukacji seksualnej, aktywności seksualnej oraz antykoncepcji.

W analizie statystycznej uzyskanych wyników wykorzystano z oprogramowań komputerowych Excel 2007 oraz STATISTICA v.10. Wynik analizy statystycznej uznano za istotny statystycznie jeżeli uzyskany poziom istotności p był mniejszy lub równy 0,05.

W badaniach statystycznych wykorzystano następujące testy: U Manna-Whitney'a, χ^2 z poprawką Yatesa. Do statystycznej analizy porównawczej między dwoma grupami wyników użyto testu U Manna-Whitney'a. W analizie zmiennych dyskretnych (pytań o podanej liście wyboru odpowiedzi) użyto, dla pytań z wyborem tylko jednej odpowiedzi, test χ^2 z poprawką Yatesa.

Wyniki

W badaniach ankietowych wzięło udział 1524 osób, a ostatecznie uzyskano 1026 respondentów, w tym 659 (64,23%) dziewcząt i 367 (35,77%) chłopców (**Tabela 1**).

Wiek badanych osób był zróżnicowany. Średni wiek badanych wynosił $17,3 \pm 0,6$ lat dla dziewcząt i $17,4 \pm 0,7$ lat dla chłopców. Chłopcy byli istotnie statystycznie starsi od dziewcząt ($p = 0,0002$). Z analizy rozkładu miejsca zamieszkania badanych osób wynika, że najwięcej respondentów, zarówno w grupie dziewcząt (46,13%), jak i chłopców (53,68%) to mieszkańcy miast do 50 tysięcy. Najmniejszą liczebnością w grupie dziewcząt charakteryzowały się mieszkanki miast powyżej 500 tysięcy mieszkańców – to zaledwie 6,07% dziewcząt,

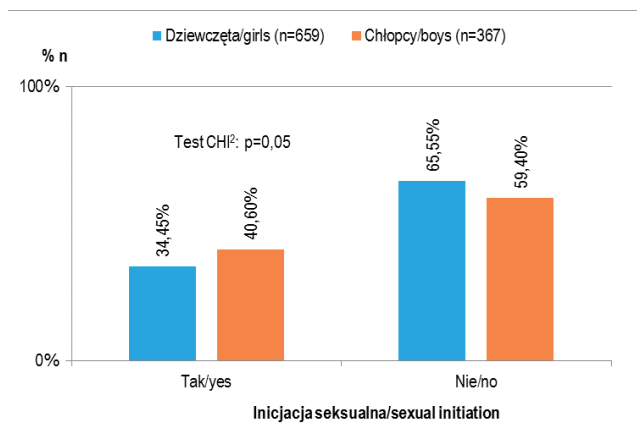
zaś wśród chłopców mieszkańcy wsi – 3,0% badanych ($p < 0,000001$).

Tabela 1. Charakterystyka populacji badanej
Table 1. Characteristics of the studied population

Dane demograficzne/ Demographic data	Ogółem/ Total	Dziewczęta/ Girls	Chłopcy/ Boys
Liczebność badanych/ Number of respondents	1026 (100%)	659 (64,23%)	367 (35,77%)
Wiek 16 lat/ 16 years old	85 (100%)	47 (55,29%)	38 (44,71%)
Wiek 17 lat/ 17 years old	525 (100%)	382 (72,76%)	143 (27,24%)
Wiek 18 lat/ 18 years old	416 (100%)	230 (55,29%)	186 (44,71%)
Miejsce zamieszkania – wieś/ Place of residence – village	184 (100%)	173 (94,02%)	11 (5,98%)
Miejsce zamieszkania – miasto do 50 tys./ Place of residence – a city of up to 50,000	501 (100%)	304 (60,68%)	197 (39,32%)
Miejsce zamieszkania – miasto od 50 do 500 tys./ Place of residence – a city of 50,000 to 500,000	275 (100%)	142 (51,64%)	133 (48,36%)
Miejsce zamieszkania – miasto powyżej 500 tys./ Place of residence – a city of over 500,000	66 (100%)	40 (60,61%)	26 (39,39%)
Typ szkoły – liceum/ Type of school – high school	269 (100%)	128 (47,58%)	141 (52,42%)
Typ szkoły – liceum profilowane/ type of school – profiled high school	299 (100%)	218 (72,91%)	81 (27,09%)
Typ szkoły – technikum zawodowe/ Type of school – vocational technical school	271 (100%)	151 (55,72%)	120 (44,28%)
Typ szkoły – zasadnicza szkoła zawodowa/ Type of school – basic vocational school	187 (100%)	162 (86,63%)	25 (13,37%)

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Ocena zachowań seksualnych wykazała, iż 34,45% dziewcząt i 40,60% chłopców zainicjowało życie seksualne. Znacznie większy odsetek respondentów, bo 65,55% dziewcząt i 59,40% chłopców nie podjęło współżycia płciowego. Różnica ta okazała się istotna statystycznie ($p = 0,05$) (**Rycina 1**).



Rycina 1. Inicjacja seksualna badanych dziewcząt i chłopców
Figure 1. Sexual initiation of the examined girls and boys

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

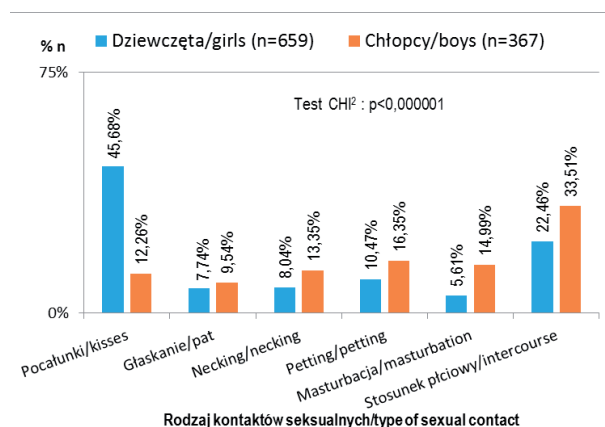
Wśród najmłodszych uczestników badania częściej inicjacja seksualna dotyczyła chłopców niż dziewcząt (dziewczeta: 2,02% versus 6,71% chłopców), ($p = 0,02$). W wieku siedemnastu lat życie płciowe podjęło więcej badanych dziewcząt (40,97%) niż chłopców (30,87%). Niewielkie różnice procentowe ujawniły się wśród osiemnastolatków. W okresie osiągnięcia pełnoletności aktywność płciową podjęła ponad połowa (56,83%) dziewcząt i (62,42%) chłopców. Postępując testem CHI2 wykazano istotną znamienność statystyczną między badanymi zależnościami ($p = 0,02$).

Korzystając z testu U Manna-Whitney'a dowiedziano, że średni wiek inicjacji seksualnej dla dziewcząt wynosił $16,5 \pm 1,0$ lat, a dla chłopców $16,7 \pm 0,9$ lat. Powyższe różnice były istotne statystycznie ($p = 0,04$). Średni wiek partnera podczas inicjacji seksualnej zadeklarowany przez dziewczęta wynosił $17,7 \pm 1,7$ lat, natomiast przez chłopców $16,6 \pm 1,0$ lat, ($p < 0,000001$). Najwcześniej życie seksualne inicjowała młodzież z technikum zawodowego (średni wiek współżycia seksualnego $16,4 \pm 1,0$ lat), natomiast najpóźniej uczniowie liceum (średni wiek inicjacji seksualnej $16,8 \pm 0,8$ lat). Różnica w wartości wieku inicjacji seksualnej wszystkich badanych z uwzględnieniem typu szkoły nie była istotna statystycznie ($p = 0,07$).

Ankietowani współżyli najczęściej z jednym partnerem seksualnym przy większym odsetku w grupie aktywnych seksualnie chłopców (96,77%) niż w grupie badanych dziewcząt (93,92%). Różnica w liczbie dotychczasowych partnerów seksualnych między dziewczętami a chłopcami okazała się nieistotna statystycznie ($p = 0,39$).

Pocałunki były najczęściej deklarowanym rodzajem kontaktów seksualnych wśród ankietowanych dziewcząt (45,68%), natomiast stosunek płciowy dominował

wśród (33,51%) badanych chłopców. Najmniejszy odsetek zadeklarowanych zachowań seksualnych przez (5,61%) dziewcząt to masturbacja, natomiast przez (9,54%) chłopców to głaskanie. Powyższe różnice były istotne statystycznie ($p < 0,000001$) (**Rycina 2**).



Rycina 2. Zachowania seksualne badanych dziewcząt i chłopców
Figure 2. Sexual behavior of the studied girls and boys

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Miejszem poznania partnera seksualnego częściej wskazywanym przez chłopców (73,84%) niż dziewczęta (63,43%) były galerie handlowe. Porównywalny odsetek respondentów poznał swojego partnera/partnerkę seksualną przez Internet (13,81% dziewcząt versus 13,35% chłopców). Dziewczęta natomiast, częściej niż chłopcy poznawały swoich partnerów na dyskotecę (10,47% i 4,63%). Różnica pomiędzy dziewczętami i chłopcami była istotna statystycznie ($p = 0,001$).

Respondentów, którzy mają za sobą inicjację seksualną, spytano także o powody jej podjęcia. Niespełna połowa ankietowanych zarówno dziewcząt, jak i chłopców (42,18% i 46,40%) wśród przyczyn podjęcia inicjacji seksualnej wskazała „imprezę towarzyską”. Niewiele mniej osób (odpowiednio 39,46% dziewcząt i 27,20% chłopców) decyzję taką podjęło „z miłości do partnera/partnerki”. Co dziesiąta dziewczyna i co dwudziesty chłopak uważają, że „inni mają to już za sobą”. Niewielki odsetek respondentów stwierdził, że rozpoczął życie seksualne, ponieważ „czuje się dorosły i może decydować o swoim życiu intymnym” (4,08% i 5,60%). Powyższe różnice były nieznamiennie statystycznie.

Dyskusja

We współczesnym świecie występuje zjawisko rozkojarzenia czasu osiągnięcia dojrzałości fizycznej, seksualnej, psychicznej i społecznej, któremu towarzyszy wiele zagrożeń dla zdrowia seksualnego młodzieży. Wiąże się one ze zbyt wczesną inicjacją seksualną, podejmo-

waniem stosunków seksualnych bez zabezpieczenia lub z nieskutecznym zabezpieczeniem. Wykazano, że wczesna inicjacja seksualna ma niekorzystny wpływ na obraz własnej osoby, samopoczucie i zachowania seksualne w dalszych latach życia [19–20].

Względy światopoglądowe w Polsce sprawiają, że w Polsce trudno mówić otwarcie o aktywności seksualnej młodzieży, mimo iż seksualność pełni ważną rolę w funkcjonowaniu człowieka w całym cyklu życia. Kontakty seksualne podejmowane przez nastoletnią młodzież mają swoje doniosłe znaczenie rozwojowe, bowiem służą przygotowaniu do podjęcia w przyszłości ważnych ról płciowych [14, 17].

W okresie dojrzewania dochodzi do stopniowego narastania napięcia seksualnego. Rozpoczęcie współżycia płciowego, czyli inicjacja seksualna, to przełomowy moment w życiu każdego młodego człowieka. Często naładowana jest dużym ładunkiem emocjonalnym, ale w zależności od płci – może mieć różne znaczenie [6, 8, 10]. Liczne badania potwierdzają, że wszelka dyskusja na temat czasu rozpoczęcia aktywności seksualnej nie pozwala na wyciągnięcie zgodnych wniosków. Zarówno ze względów medycznych, jak i wychowawczych nie ma możliwości określenia, jaki wiek jest najbardziej właściwy dla inicjacji seksualnej [13].

W piśmiennictwie istnieje wiele opracowań dotyczących średniego wieku inicjacji [1–20].

Zbigniew Lew-Starowicz [10] wskazuje, że wiek inicjacji seksualnej koreluje ze zjawiskiem akceleracji i że większość młodzieży inicjuje kontakty seksualne przed ukończeniem 20. roku życia, a połowa przed ukończeniem 16. roku życia [2].

W przeprowadzonych badaniach potwierdzono opisywane w literaturze dane dotyczące wczesnej aktywności seksualnej nastolatków. W badaniach własnych 34% badanych dziewcząt i 40% chłopców zainicjowało już życie seksualne. Dziewczęta istotnie statystycznie wcześniej podejmowały inicjację seksualną w stosunku do chłopców. Średni wiek inicjacji seksualnej w grupie dziewcząt wynosił $16,5 \pm 1,0$ lat, natomiast w grupie chłopców $16,7 \pm 0,9$ lat. W prezentowanych badaniach różnice w uwarunkowaniach inicjacji seksualnej ujawniły się u nastolatków płci odmiennej. Najmłodszy respondent, którzy inicjację seksualną przeżyli w wieku szesnastu lat to chłopcy (6,71%). W wieku siedemnastu lat życie płciowe podjęło więcej badanych dziewcząt (40,97%) niż chłopców (30,87%). W okresie osiągnięcia pełnoletności aktywność płciową podjęło więcej chłopców (62,42%) niż dziewcząt (56,83%).

W Polsce wczesna inicjacja seksualna występuje częściej u chłopców niż u dziewcząt [1, 6, 21]. Odwrotnie jest natomiast w Niemczech, Anglii, Walii, Szkocji, Finlandii, Szwecji [22].

Bardzo zbliżone wyniki badań do badań własnych uzyskał Izdebski Z. [1]. Autor dowiódł, że wśród młodzieży II klas szkół ponadgimnazjalnych 32% dziewcząt i 40% chłopców ma za sobą inicjację seksualną. Kwestią sporną w badaniach Izdebskiego Z. pozostaje wcześniejsza inicjacja życia seksualnego chłopców w stosunku do dziewcząt. Autor dowodzi, że sześciu na dziesięciu chłopców miało za sobą inicjację seksualną do 16 roku życia. Wśród dziewcząt pierwszy stosunek seksualny w wieku 16 lat lub wcześniej odbyło 45,5% respondentek. Najwięcej, bo 47% dziewcząt, inicjowało w wieku 17 lat. Dla obu płci był to wiek graniczny, po którym odsetek osób, które dopiero inicjowały, spadł bardzo mocno (do 5,3% w wieku 18 lat i więcej). Średnia wieku inicjacji seksualnej wynosiła odpowiednio dla chłopców 15,1 lat, podczas gdy dla dziewcząt 16,4 lat. Wcześniej inicjowały osoby z większych miast (powyżej 500 mieszkańców) [1, 14].

Podobne wyniki dostrzeżono również w badaniach Połockiej-Molińskiej M. i wsp. [21] przeprowadzonych w trzech bydgoskich szkołach średnich. Badania dowiodły, że aktywne życie płciowe prowadzi 40% chłopców i około 26% dziewcząt [21].

W większości krajów europejskich za wiek krytyczny dla inicjacji seksualnej u chłopców przyjmuje się 17–18 rok życia, dla dziewcząt około rok później [23]. Szacuje się, że średni wiek inicjacji seksualnej obniżył się o 2–3 lata [24] i wynosi dla krajów Europy Zachodniej i Centralnej 17–18 lat, natomiast dla Europy Wschodniej ok. 20 lat [24].

W Finlandii, Szwecji, Holandii, Hiszpanii, Portugalii, Grecji, Rosji i Estonii mediana wieku inicjacji seksualnej kobiet urodzonych na początku lat 80. w porównaniu do generacji z początku lat 30. obniżyła się o ponad trzy lata, podczas gdy dla mężczyzn obserwowany spadek wyniósł około dwóch lat. Bardzo wcześnie rozpoczynają współżycie dziewczęta w krajach skandynawskich oraz w Anglii, gdzie mediana wynosi około 16,5–17 lat, a zdecydowanie później w krajach bardziej tradycyjnych, takich jak Włochy, Hiszpania, Portugalia czy Francja (mediana na poziomie około 18–19 lat). Najwcześniej podejmowane są kontakty seksualne przez chłopców w krajach Europy Południowej i tam także notowane są najniższe wartości mediany – w Portugalii jest na poziomie 16,5 lat. We Włoszech, Hiszpanii, Portugalii, Grecji, Francji, Niemczech, a także Holandii chłopcy mają swój pierwszy stosunek wcześniej niż dziewczęta, a w krajach Europy Północnej, to dziewczęta są młodsze od chłopców, gdy rozpoczynają życie seksualne [21].

Badania wskazują, że 20% dziewcząt i 28% chłopców miało pierwsze kontakty seksualne jeszcze przed ukończeniem 15. roku życia, a przed ukończeniem 18. roku życia odpowiednio: 56% dziewcząt i 73% chłopców [8, 24].

Średni wiek inicjacji seksualnej wśród uczniów szkół ponadgimnazjalnych w Polsce w 2004 r. wynosił: 16,3 lat dla dziewcząt i 15,9 lat dla chłopców [24]. Należy nadmienić, że w badaniach Z. Izdebskiego [1, 14] przeprowadzonych wśród uczniów szkół ponadgimnazjalnych, w których wzięło udział 5173 młodych ludzi w wieku 18 lat, mediana wieku inicjacji seksualnej była bardzo zbliżona. Średnia wieku, w którym chłopcy rozpoczynają życie seksualne to 15,1 lat, dziewczęta zaś 16,4 rok życia [1, 14].

Przeprowadzone przez Kościółek i wsp. [3] badania wykazały, że 46% badanej młodzieży szkół ponadgimnazjalnych dwóch województw Polski: mazowieckiego i śląskiego rozpoczęło współżycie seksualne. Średni wiek inicjacji seksualnej wynosił 16,5 ($\pm 1,5$) lat co wskazuje na obniżanie się wieku, w którym młodzi ludzie mają pierwsze doświadczenia seksualne [3].

Nowosielski i wsp. [3, 6] przeprowadzili badania na grupie 720 osób w wieku 18–26 lat. Autorzy wykazali, że 76,1% badanych zainicjowało już życie seksualne, z czego w grupie wiekowej 18–20 lat – 59%. Średni wiek inicjacji wynosił 18,1 ($\pm 1,67$), przy czym najwcześniejszy wiek to 14 lat (0,8%), a najpóźniejszy to 24 lata (0,8%). Wiek inicjacji seksualnej dla chłopców wynosił 17,9 ($\pm 1,98$), a dla dziewcząt – 18,8 ($\pm 1,76$). W przeprowadzonych badaniach inicjacja seksualna korelowała z wiekiem, światopoglądem religijnym i poziomem edukacji ($p < 0,05$). Według badaczy [3, 6] im wyższe wykształcenie, tym później następuje inicjacja. Im młodsze osoby, na niższym poziomie edukacji (szkoła zawodowa) i niewierzący respondenci, tym wcześniej dochodziło do inicjacji seksualnej [3, 6].

Z badań Wróblewskiej [3, 18, 21] przeprowadzonych w 2005 roku wśród młodzieży 16- i 18-letniej wynika, iż wśród chłopców co trzeci doświadczenie inicjacji seksualnej ma już za sobą, a wśród dziewcząt odpowiednio co piąta w grupie 16-letnich i prawie połowa dziewcząt 18-letnich. Porównanie wyników z badaniem Health Behaviour in School – aged Children Study (HBSC 2001/2002), którym objęto 35 krajów, pozwala na stwierdzenie, iż Polska należy do grupy krajów o najniższym odsetku młodzieży, która deklaruje inicjację seksualną w wieku do 15 lat. Odsetek zbliżony do notowanego dla dziewcząt w Polsce, czyli niższy od 10% był jeszcze w Grecji, Izraelu, Macedonii i w Chorwacji. Dla chłopców niższy lub na zbliżonym poziomie do Polski (ok. 20%) był w Hiszpanii, w Czechach, a także w Estonii, na Łotwie, w Austrii i Finlandii. We wszystkich innych krajach udział osób deklaruujących inicjację seksualną w tym wieku był zdecydowanie wyższy. Najwyższe odsetki aktywnych seksualnie nastolatków w wieku 15 lat – przekraczające 40% – wystąpiły wśród dziewcząt mieszkających: w Anglii i Walii oraz w Szwecji

i w Niemczech, a wśród chłopców: na Ukrainie, w Rosji, Belgii, Anglii, Szkocji oraz w Macedonii. Wysokie odsetki podejmujących wcześniej inicjację seksualną notowane są także wśród nastolatków w USA [3, 18, 21].

Z analogicznie przeprowadzonych w Polsce międzynarodowych badaniach Światowej Organizacji Zdrowia – Health Behaviour in School-aged Children [19] w 2010 roku wynika, że odsetek chłopców w wieku 15–16 lat po inicjacji zwiększył się w porównaniu do badań prowadzonych w 1990 roku jedynie o kilka procent. W 2010 r. pierwszy kontakt seksualny w tym wieku miało za sobą 20% chłopców. Z tych samych danych wynika, że odsetek dziewcząt, które w wieku 15–16 lat miały już za sobą inicjację seksualną, wzrósł prawie trzykrotnie w porównaniu do 1990 roku. W 2010 roku – 13,7% dziewcząt zadeklarowało inicjację seksualną. Dziewczęta wykazują również większą dynamikę inicjacji seksualnej w grupie wiekowej od 17. do 18. roku życia. W 2010 roku 38,5% dziewcząt w tym wieku rozpoczęła współżycie, czyli ponad dwukrotnie więcej w stosunku do roku 1990. Jeśli chodzi o chłopców z tej samej grupy wiekowej, to w 2010 roku 45,3% z nich odbyło inicjację seksualną [19].

Na podstawie badań H. Krauss i wsp. [24] przeprowadzonych w latach 2009–2010 na grupie 1111 respondentów w wieku 15–19 lat mieszkających w wybranych państwach Europy: Francja, Wielka Brytania, Ukraina, Niemcy, Białoruś, Polska – 49,5% badanych zadeklarowało rozpoczęcie współżycia seksualnego. Autorzy podają, że mediana wieku w Niemczech wynosiła 14,5 lat dla dziewcząt i 12,6 lat dla chłopców. W pozostałych państwach mediana wieku nie była aż tak zróżnicowana. W Anglii średni wiek inicjacji seksualnej wśród dziewcząt przypadł na 14,7 lat, natomiast wśród chłopców 15,7 lat. We Francji, Ukrainie i Polsce wiek inicjacji seksualnej wyniósł (16,0; 16,6; 18,8 lat) odpowiednio dla chłopców i (16,7; 15,6; 16,6) lat dla dziewcząt [24].

Bień A. i wsp. [25] w roku 2013 przebadaly grupę 258 uczniów szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych. W badanej grupie rozpoczęcie aktywności seksualnej zadeklarowało 38,4% młodzieży. Średni wiek inicjacji seksualnej to 17,05 roku. Współżycie płciowe rozpoczęła ponad jedna trzecia 16-latków (35,4%), dwie piąte tworzą piętnastolatkowie (20,2%) oraz 17-latkowie (22,2%). Inicjację seksualną w wieku 14 lat lub wcześniej deklarował co dziesiąty badany (12,1%) oraz 10,1% 18-latków. Badania wykazały istotny statystycznie związek między typem szkoły a przeżyciem inicjacji seksualnej ($p < 0,05$). Ponad połowa uczniów z technikum (52,9%) odbyła już pierwszy stosunek płciowy, natomiast 70,1% uczniów, którzy nie przeżyli jeszcze inicjacji seksualnej, to licealiści [25].

W badaniu własnym autorka zaobserwowała, że najwcześniej inicjowała młodzież z technikum zawodowego (średni wiek 16,4 lat), natomiast najpóźniej uczniowie liceum (średni wiek 16,8 lat). Zależności te nie miały istotności statystycznej.

Wnioski

1. Dziewczęta wcześniej rozpoczynają życie seksualne od chłopców i wybierają starszych partnerów do inicjacji seksualnej, natomiast chłopcy inicjują życie seksualne z młodszymi dziewczętami.
2. Wśród najmłodszych uczestników badania częściej inicjacja seksualna dotyczyła chłopców niż dziewcząt (dziewczęta: 2,02% versus 6,71% chłopców).

Piśmiennictwo

1. Imacka J, Bulsa M. Świadomość seksualna młodzieży w polskiej rzeczywistości. *Probl Hig Epidemiol*. 2012; 93(3): 453–456.
2. Lew-Starowicz Z. Seksuologia psychospołeczna. [W:] Lew-Starowicz Z, Skrzypulec V, red. Podstawy seksuologii. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2010; str. 25–33.
3. Kościotek A, Cuber T, Girzelska J. Zachowania seksualne wśród młodzieży ponadgimnazjalnej, a system moralności seksualnej. *Zdrowie Publiczne* 2011; 121(1): 16–21.
4. Marcinek P, Brzeska A, Kapała A, Peda A, Szumski F. Nieodjrzałość psychoseksualna jako termin diagnostyczny. *Seksuologia Polska* 2011; 9(1):38–42.
5. Izdebski Z. Rozwój seksualny młodzieży. [W:] Izdebski Z, Niemiec T, Wąż K, red. (Zbyt) młodzi rodzice. Warszawa: Wydawnictwo TRIO; 2011: str. 13–25.
6. Nowosielski K, Drosdzol A, Skrzypulec V, Klimanek M, Piel B, Zdun D. Seksualność młodych dorosłych województwa śląskiego. *Ginekologia Praktyczna* 2005; 2(83): 32–39.
7. Afery L, Lazdane G. What we know about sexual and reproductive health of adolescents In Europe? *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2008; 13(1): 58–70.
8. Isley MM, Edelman A, Kaneshiro B, Peters D, Nichols MD, Jensen JT. Sex education and contraceptive use at coital debut in the United States: results from Cycle 6 of the National Survey of Family Growth. *Contraception* 2010; 82(3):236–242.
9. Imacka J, Bulsa M. Czasopisma młodzieżowe jako środek edukacji seksualnej. *Probl Hig Epidemiol* 2012;93(3):514–518.
10. Imacka J, Bulsa M. Ryzykowne zachowania seksualne młodzieży jako czynnik zwiększający ryzyko zakażenia chorobami przenoszonymi drogą płciową. *Hygeia Public Health* 2012; 47(3): 272–276.
11. Zięba HR. Wczesna inicjacja seksualna młodzieży w aspekcie zagrożeń zdrowotnych i społecznych. [W:] Mucha D, Zięba HR, red. Obszary zagrożeń zdrowia współczesnego człowieka. Nowy Targ: Wydawnictwo PPWSZ w Nowym Targu, 2009: str. 259–275.
12. Ott MA. Examining the Development and Sexual Behavior of Adolescent Males. *J Adolesc Health* 2010; 46(4): 3–11.
13. Kowalczyk R, Waszyńska K. Zagrożenia rozwoju psychoseksualnego młodzieży. *Klinika Pediatryczna* 2011; 9(5): 5038–5039.
14. Izdebski Z. Rozwój seksualny młodzieży. [W:] Izdebski Z, Niemiec T, Wąż K, red. (Zbyt) młodzi rodzice. Warszawa: Wydawnictwo TRIO; 2011: str. 13–25.
15. Finer LB, Philbin JM. Sexual Initiation, Contraceptive Use, and Pregnancy Among Young Adolescents. *Pediatrics* 2013; 131(5):886–891.
16. Gotlib J, Czupryńska E. Ocena wpływu program edukacyjnego „Wybierz Życie-Pierwszy Krok” na poziom wiedzy uczniów szkół ponadgimnazjalnych na temat wirusa HPV. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu* 2013; 19(2): 206–210.
17. Parkes A, Waylen A, Sayal K, Heron J, Henderson M, Wight D, Macleod J. Which behavioral, emotional and school problems in middle-childhood predict early sexual behavior? *Journal of Youth and Adolescence* 2014; 43(4): 507–527.
18. Padała O, Podgórniak M, Sadowska M i wsp. Młodociane macierzyństwo jako problem medyczny i społeczny. *European Journal of Medical Technologies* 2014; 2(3): 61–65.
19. Mazur J, Małkowska-Szkutnik A. Wyniki badań HBSC 2010. Raport techniczny (red.) Mazur J, Małkowska-Szkutnik A. Warszawa 2011:146–151.
20. Fergus S, Zimmermann M.A, Caldwell C.A. Sexual risk behavior In adolescence and young adulthood. *American Journal of Public Health* 2007;97(6):1096–1010.
21. Wróblewska W. Psychospołeczne i demograficzne następstwa wczesnej inicjacji seksualnej nastolatków. *Nowa Medycyna* 2007;4:85–91.
22. Jankowiak B, Gulczyńska A. Wczesna inicjacja seksualna młodzieży- przyczyny i konsekwencje. *Kultura-Społeczeństwo-Edukacja*. 2014;1(5):171–187.
23. Fronteira I, Oliveira da SM, Unzeitig V, Karro H, Temmerman M. Sexual and reproductive health of adolescents in Belgium, the Czech Republic, Estonia and Portugal. *Eur. J. Contracept. Reprod. Health Care* 2009;14(3):215–220.
24. Krauss H, Bogdański P, Szulińska M. et. al. Sexual initiation of youths In selected European countries compared with their sexual and contraceptive knowledge. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine* 2012;19(3):587–592.
25. Bień A, Stadnicka S. Zachowania seksualne młodzieży oraz stosowane metody zapobiegania ciąży. *European Journal of Medical Technologies* 2015;1: 50–62.

Artykuł przyjęty do redakcji: 25.07.2018

Artykuł przyjęty do publikacji: 03.12.2018

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.
Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:

Nieckula Magdalena
ul. Kokoszków 71
34-400 Nowy Targ
e-mail: madziaszewczyk@wp.pl
Tel. 18 2610726
Podhalańska Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Nowym Targu

RELIGIJNOŚĆ I AKCEPTACJA CHOROBY WŚRÓD OSÓB Z CUKRZYCĄ

RELIGIOUSNESS AND ACCEPTANCE OF THE DISEASE AMONG PERSONS WITH DIABETES

Małgorzata Stefańska¹, Anna Majda^{2, a}

¹ Zakład Lecznictwa Ambulatoryjnego w Chrzanowie

² Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum w Krakowie

^a <https://orcid.org/0000-0003-3632-1319>

DOI: <https://doi.org/10.20883/pielpol.2019.21>

STRESZCZENIE

Wstęp. Cukrzyca jest jedną z najpowszechniejszych chorób cywilizacyjnych współczesnego świata. Trwająca latami choroba wymusza konieczność dostosowania się, a czasem całkowitego przeorganizowania dotychczasowego życia. Proces adaptacji do choroby jest wieloetapowy i długotrwały, zależny od indywidualnych cech osobowościowych. W literaturze podkreśla się znaczenie wpływu religijności na szybszą rekonwalescencję, łatwiejsze pogodzenie się z chorobą i lepszą jakość życia.

Cel. celem pracy była próba dokonania analizy poziomu religijności oraz akceptacji choroby wśród osób z cukrzycą oraz zależności, jaka pomiędzy nimi zachodzi.

Materiał i metody. Grupę badanych stanowiło 100 pacjentów chorujących na cukrzycę typu I oraz II hospitalizowanych w oddziałach: Chorób Wewnętrznych, Nefrologii i Chorób Wewnętrznych, Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej. W pracy wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety, Skalę Akceptacji Choroby (AIS) autorstwa B.J. Felton, T.A. Revenson, G.A. Hinrichsen oraz Skalę Religijności Personalnej (SRP) autorstwa R. Jaworskiego. W analizie przyjęto poziom istotności 0,05.

Wyniki. Uzyskany przez ankietowanych wskaźnik religijności wyniósł 97,53 (SD = 28,06), co wskazuje na przeciętną religijność wśród badanych osób, wyższą wśród kobiet. Poziom akceptacji choroby wyniósł 27,5 pkt (mediana), był przeciętny, wyższy u mężczyzn i osób aktywnych zawodowo. Wśród badanych przeważała religijność personalna.

Wnioski. Wykazano, że im wyższy wskaźnik religijności, im wyższa wiara i moralność, im wyższe zaangażowanie w odbywanie praktyk religijnych, im wyższa autoidentyfikacja z Bogiem wśród pacjentów z cukrzycą, tym niższy wśród nich poziom akceptacji choroby.

SŁOWA KLUCZOWE: religijność, akceptacja choroby, cukrzyca.

ABSTRACT

Introduction. Diabetes is one of the most common civilisation diseases of the modern world. This chronic disease makes it necessary to adapt and sometimes even to completely reorganise one's whole life. The process of adaptation to the disease consists of many stages, is long-lasting and depends on individual personality features. The literature emphasises the influence of religiousness on faster recovery, easier acceptance of the disease and better quality of life.

Aim. The objective of the thesis was to try to analyse the level of religiousness and acceptance of the disease among patients with diabetes and the interrelation among them.

Material and methods. The survey was conducted in a group of 100 patients suffering from type 1 and type 2 diabetes, hospitalised at the following wards: Internal Medicine, Nephrology and Internal Diseases, General and Oncological Surgery. The author has used an original survey questionnaire, Acceptance of Illness Scale (AIS) by B.J. Felton, T.A. Revenson, G.A. Hinrichsen and Personal Religiousness Scale (PRS) by R. Jaworski. The adopted significance level was 0.05.

Results. The religiousness rate in those polled was 97.53 (SD=28.06), which points to average religiousness of the respondents, higher in women. The level of acceptance of the disease amounted to 27.5 points (median), was average, higher in men and those professionally active. Personal religiousness prevailed in the respondents.

Conclusions. It has been proved that the higher the religiousness rate, faith, morality, commitment to religious practices and self-identification with God among patients with diabetes, the lower their level of acceptance of the disease.

KEYWORDS: religiousness, acceptance of disease, diabetes.

Wstęp

Cukrzyca jest jedną z najpowszechniejszych chorób cywilizacyjnych współczesnego świata. Miliony osób na świecie chorują na cukrzycę, chorobowość przekracza 1% i nieustannie wzrasta. Z tego względu Organizacja Narodów Zjednoczonych (ONZ) zaliczyła cukrzycę jako

jedyną chorobę niezakaźną do grona epidemii. Trwająca latami choroba wymusza na jednostce zmianę dotychczasowego trybu życia, konieczność dostosowania się do ograniczeń narzuconych przez chorobę, a ponadto prowadzi do szeregu poważnych powikłań ze strony różnorodnych narządów i układów organizmu ludzkiego [1].

W sprawowaniu opieki nad pacjentem z chorobą przewlekłą współczesna medycyna i pielęgniarstwo koncentrują się głównie na aspekcie biologicznym choroby, rzadziej – psychologicznym, natomiast z reguły pomijają kwestię duchowości, moralności oraz religijności. Badania prowadzone są w tym ostatnim obszarze od wielu lat, jednak w polskiej literaturze istnieje niewiele opracowań naukowych poruszających to zagadnienie. W obliczu globalizacji, wzrastającej liczby osób należących do różnych tradycji kulturowych i religijnych istnieje konieczność, aby w praktyce medycznej decyzje w stosunku do pacjenta podejmowane były z poszanowaniem jego prawa do autonomii i oparte zostały na tolerancji dla jego potrzeb religijnych [2]. Trudności w obiektywnym opracowaniu tego tematu wynikają z faktu, iż ma on transcendentny charakter. Skupianie się na duchowym wymiarze opieki pielęgniarskiej, holistycznym podejściu do człowieka chorego, ze szczególnym uwzględnieniem roli religii i religijności w procesie zdrowienia nie jest łatwe. Warto zwrócić uwagę na fakt, iż nadrzędną rolę duchowości oraz potrzebę respektowania praktyk religijnych w opiece nad człowiekiem chorym poruszyła już w swojej działalności prekursorka pielęgniarstwa – Florence Nightingale. Należałoby wspomnieć również o Madeleine Leininger, która na podstawie osobistego doświadczenia zwróciła się ku idei troski w pielęgniarstwie, zróżnicowanej pod względem kulturowym, podczas sprawowania opieki nad ludźmi wywodzącymi się z różnych kręgów kulturowych. Troski rozumianej jako wspieranie człowieka, istoty kulturowo mocno zakorzenionej w swoim „tezaursie” [3], ułatwianie realizacji jego potrzeb, w tym duchowych/religijnych. Jean Watson zaś podkreśla, że pielęgniarstwo jako nauka może wiele skorzystać z metafizyki przywracającej wysoki sens duchowości człowieka, łączenia jej z humanistyczną troskliwością [4].

Istnieje wiele różnych definicji religii i religijności, które rozpatrywane są pod kątem nauk teologicznych, psychologicznych, socjologicznych i filozoficznych. Religia (łac. *religare* – wiązać) to: „realna, osobowa i dynamiczna relacja między człowiekiem a rzeczywistością transcendentną” [5]. Rzeczywistość transcendentna pojmowana jest jako: Bóg, absolut lub sacrum, a osobnicza relacja traktowana jest tu jako sprawa nadrzędna, nadająca sens i cel istnienia jednostce oraz wyznaczająca jej kierunek działań i dążeń. Na strukturę religii składają się: doktryna (prawdy wiary), reguły życia moralnego, kult oraz organizacja. Cechuje ją duże zróżnicowanie pod względem kulturowym, społecznym, psychologicznym oraz instytucjonalnym [5]. Jaworski wyróżnił i zdefiniował wymiar personalny i apersonalny religijności (wymiar ten związany jest z religią chrześcijańską). Religijność personalną charakteryzuje silna, osobowa więź

człowieka z Bogiem. Bóg traktowany jest jako wartość nadrzędna, centralna. Człowiek o tym typie religijności posiada silną, stabilną osobowość, wykazuje aktywność i zaangażowanie w działanie. Cechuje go twórczość, otwartość, altruizm i tolerancja wobec innych. Jest lepiej przystosowany do otoczenia, łatwiej radzi sobie z trudnymi sytuacjami. Zupełnie odmienna relacja zachodzi pomiędzy Bogiem a człowiekiem w religijności apersonalnej. To relacja jednostronna, pośrednia, oparta na monologu. Bóg traktowany jest reistycznie i pojmowany jako wartość instrumentalna. Wśród cech osobowości osoby o apersonalnym wymiarze religijności wymienia: obojętność, pasywność, egoizm, brak tolerancji oraz labilność [6]. Próby definiowania religijności sięgają czasów starożytnych. Warto przyrzeć się dwóm odmiennym spojrzeniom na to zagadnienie, reprezentowanym przez starożytnych myślicieli: Cyserona i Laktancjusza. Według Cyserona religijność oznacza przestrzeganie ustalonych norm w odniesieniu do praktyk religijnych, ich kultywowanie oraz oddawanie czci bogom. To zbiór religijnych wierzeń i praktyk właściwych danemu narodowi, które to należy respektować i traktować z czcią. Istotę religijności wywodzi on od słowa „*re-legere*”, które oznacza „ponownie rozważyć, sumiennie przestrzegać”. Z kolei drugi z filozofów – Laktancjusz – zwraca uwagę na osobniczą relację człowieka z Bogiem. Znaczenie terminu religia wywodzi od łacińskiego słowa „*religare*”, które oznacza „ponownie związać”. Według niego istota religijności tkwi w nawiązywaniu personalnej więzi z Bogiem [5, 7]. Duchowość to konstrukt powiązany, utożsamiany z religią, religijnością, ale nie całkiem identyczny. To termin, którym określa się pewnego rodzaju zestaw przekonań oraz wierzeń, a także emocji powiązanych z transcendencją czy sacrum lub z instytucją religijną czy rytuałem. Nowa duchowość, określana również mianem duchowości pogranicza powiązana jest z wieloma nurtami, począwszy od lat sześćdziesiątych, poprzez nurt New Age, obejmuje również cechy charakterystyczne dla postmodernizmu. Nie jest możliwe jej jednoznaczne zdefiniowanie, a także podanie konkretnych źródeł, z których się wywodzi [8]. Nowoczesna duchowość to postawa życiowa, która jest reprezentowana przez osoby świeckie, niebędące wyznawcami żadnej z dostępnych religii [9]. Koenig [10] zauważa różnicę między duchowością i religią, uznaje, że duchowość to trudne pojęcie, by je zdefiniować; twierdzi, że nie ma jednej satysfakcjonującej definicji. Withers, Zuniga, Van Sell [11] zwracają uwagę na atrybuty duchowości, określają duchowość jako duchowy dobrostan (*spiritual well-being*), satysfakcję życiową, zadowolenie z życia, poczucie sensu w życiu.

Religia chrześcijańska aprobuje holistyczne podejście do opieki nad chorym z uwzględnieniem każdego

istotnego aspektu, a więc: fizycznego, psychicznego, społecznego, ze szczególnym podkreśleniem wymiaru duchowego człowieka [12]. Człowiek w sytuacji choroby, szczególnie trudnej do wyleczenia lub terminalnej zaczyna zadawać sobie pytania typu egzystencjalnego, poszukuje odpowiedzi na pytania o sens życia i jego ostateczny cel. Aksjologia choroby traktuje o tym, iż każda choroba będąca dla człowieka ciężkim doświadczeniem może wzbogacić go również w cenne wartości, m.in. pozwala na przewartościowanie dotychczasowych poglądów czy też lepsze poznanie siebie i rozwój duchowy oraz moralny [13–14]. Wpływ religii na zdrowie jest przedmiotem zainteresowania badaczy od wieków. Podkreśla się jej dobroczynny wpływ na lepsze radzenie sobie z chorobą, szybszy powrót do zdrowia oraz lepszą jakość życia [14–15]. Religijność manifestowana poprzez udział w praktykach religijnych i modlitwę skutkuje osiągnięciem równowagi wewnętrznej, poczuciem spokoju i komfortu psychicznego oraz większym wsparciem społecznym [16]. W licznych opracowaniach naukowych opisywane są przypadki zmniejszenia liczby zachorowań na choroby układu sercowo-naczyniowego wśród osób głęboko wierzących i praktykujących, a także szybszy powrót do sprawnego funkcjonowania po skomplikowanych operacjach kardiochirurgicznych. Podkreśla się pozytywny wpływ religijności na zmniejszenie zachorowalności na choroby psychiczne (m. in. depresję), obniżenie poziomu lęku u chorych [15, 17, 18], choć także zauważa się, że u niektórych osób wiara może mieć astenizujący wpływ na ich życie i wzbudzać nadmierne poczucie winy, powodując urazy emocjonalne [17]. Uwzględnienie w opiece medycznej (zarówno pielęgniarskiej, jak i lekarskiej) potrzeb duchowych pacjenta może przyczynić się do zwiększenia satysfakcji chorego z kontaktów z opiekunami i zaufania do nich, a zatem także do poprawy przestrzegania zaleceń medycznych. Ponadto skutkować ono może poprawą samopoczucia chorego, szybszą rekonwalescencją, lepszym zrozumieniem choroby, pełniejszym przystosowaniem do niej oraz sprawniejszym i bardziej świadomym podejmowaniem decyzji terapeutycznych odnośnie dalszego leczenia lub jego zaprzestania [19–20]. Do aktów prawnych regulujących kwestię wyznania w Polsce należy m.in. Konstytucja RP (z dn. 2.04.1997 r.), która gwarantuje każdemu obywatelowi prawo do wolności sumienia i religii, a więc do przyjmowania religii (lub jej negowania) i jej praktykowania wedle własnego uznania. Również w szpitalu pacjent ma prawo do skorzystania z pomocy osoby duchowej, przy uwzględnieniu aspektu wielokulturowości i odmienności wyznania. Poza Konstytucją RP gwarantem tego prawa jest także *lex specialis* zawarte w rozdziale 10

Ustawy o prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dn. 6.11.2008 roku [21].

Niemal zawsze choroba pojawia się w życiu człowieka nagle i nieoczekiwanie zaburzając dotychczasowy ład. Nieoczekiwana diagnoza narusza równowagę fizyczno-emocjonalną, duchową, wyzwalając szereg negatywnych uczuć. Akceptacja choroby jest procesem długotrwałym, rozłożonym w czasie i zależnym od wielu różnorodnych czynników, do których zalicza się między innymi: wiek, płeć, poziom inteligencji, rodzaj osobowości, umiejętność radzenia sobie w sytuacjach kryzysowych oraz rodzaj schorzenia. Proces adaptacji do choroby jest zawsze cechą indywidualną, a do ułatwiających go atrybutów należą: dla niektórych religia, dla innych optymizm, wiara w sukces, nadzieja i wytrwałość. Gdy brak jest wyżej wymienionych cech, dochodzi u wielu osób do ujawnienia się szeregu negatywnych emocji: bezradności, przygnębienia, poczucia braku sensu życia czy zadowolenia z życia [22–25].

Cel pracy

Celem pracy była analiza religijności i poziomu akceptacji choroby wśród pacjentów z cukrzycą oraz zależności, jaka pomiędzy nimi zachodzi.

Cele szczegółowe: 1) Jaki jest wskaźnik religijności wśród chorych na cukrzycę i czy jest on zależny od zmiennych socjo-demograficznych? 2) Jaki jest poziom akceptacji choroby wśród chorych na cukrzycę i czy jest on zależny od zmiennych socjo-demograficznych? 3) Czy istnieje zależność między wiarą, moralnością, wykonywaniem praktyk religijnych, autoidentyfikacją z Bogiem, a poziomem akceptacji choroby u pacjentów z cukrzycą?

Materiał i metody

Badania przeprowadzono na terenie Szpitala Powiatowego w Chrzanowie w okresie od stycznia do kwietnia 2017 roku wśród 100 pacjentów chorujących na cukrzycę (typu I i II) przebywających w oddziałach: Chorób Wewnętrznych, Nefrologii i Chorób Wewnętrznych, Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej. Ankietowani chorzy zostali poinformowani o dobrowolnym udziale w badaniu, zapewnieniu o dyskrecji oraz o naukowym celu badań. Zostało rozdanych 100 narzędzi badawczych, wszystkie zostały wypełnione poprawnie. Autorzy pracy byli obecni podczas wypełniania kwestionariuszy, aktywnie uczestnicząc w zadawaniu pytań i uzupełnianiu odpowiedzi wśród osób niebędących w stanie samodzielnie uzupełnić kwestionariuszy ankiet, jak również służąc pomocą w przypadku pytań i wątpliwości wśród osób samodzielnie udzielających odpowiedzi. Czas potrzebny do udzielenia odpowiedzi był zróżnicowany i wyno-

sił średnio 5 minut, 10 osób odmówiło wzięcia udziału w badaniu. Badania zostały przeprowadzone zgodnie z wymogami Deklaracji Helsińskiej (2013) [26]. W badaniu posłużono się metodą sondażu diagnostycznego i metodą szacowania [27]. Wykorzystano trzy narzędzia badawcze: kwestionariusz ankiety własnego autorstwa składający się z 6 pytań dysjunktywnych dotyczących zmiennych socjo-demograficznych oraz dwie skale standaryzowane: Skalę Religijności Personalnej (SRP) autorstwa Jaworskiego oraz Skalę Akceptacji Choroby (AIS – *Acceptance of Illness Scale*) autorstwa Felton, Revenson i Hinrichsen.

Kwestionariusz SRP pozwala zbadać religijność personalną i apersonalną respondentów. Składa się z 30 twierdzeń. Osoby badane ustosunkowują się do poszczególnych twierdzeń na skali Likerta od 1 do 5, gdzie 1 oznacza – nie, nie zgadzam się, 5 – tak, zgadzam się. Wynik ogólny tego kwestionariusza mieści się w zakresie 30-150 punktów, gdzie wyższe wartości oznaczają wyższą religijność (wskaźnik religijności) i wskazują na personalny jej charakter. Kwestionariusz posiada 4 podskale: „Wiara” (8 pytań); „Moralność” (7 pytań); „Praktyki religijne” (9 pytań); „Self religijny/Autoidentyfikacja” (6 pytań). Wynik uzyskany w poszczególnych podskalach interpretuje się w sposób analogiczny do wyniku ogólnego przyjmując, że wyższe wartości oznaczają wyższą wiarę, autoidentyfikację z Bogiem, moralność czy zaangażowanie w praktyki religijne. Rzetelność skali oszacowana metodą retestowania wynosi od 0,69 do 0,85 [6]. AIS budowana jest z 8 twierdzeń dotyczących ograniczeń narzuconych przez chorobę, samowystarczalności i zależności od innych oraz wpływu choroby na stopień poczucia własnej wartości. Pozwala zbadać stopień akceptacji choroby u pacjenta. Badani określają swoje odczucia związane z treścią każdego twierdzenia na skali Likerta od 1 do 5, gdzie 1 oznacza „zdecydowanie zgadzam się”, a 5 „zdecydowanie nie zgadzam się”. Zakres wyników mieści się w obszarze 8-40 punktów i im wyższy wynik, tym wyższa akceptacja własnej choroby [28]. Analizę zmiennych ilościowych przeprowadzono wyliczając średnią, odchylenie standardowe, medianę, kwartyle, minimum oraz maksimum. Analizę zmiennych jakościowych przeprowadzono, wyliczając liczbę i procent wystąpień każdej z wartości. Porównanie wartości zmiennych ilościowych w dwóch grupach wykonano za pomocą testu Manna Whitney’a (gdy zmienna nie miała rozkładu normalnego w analizowanych grupach). Porównanie wartości zmiennych ilościowych w trzech i więcej grupach wykonano za pomocą testu Kruskala-Wallisa (gdy zmienna nie miała rozkładu normalnego w analizowanych grupach). Gdy takie porównanie pokazało istotne statystycznie róż-

nice, wykonywano analizę testem Dunna (w przypadku braku normalności rozkładów). Korelację pomiędzy dwiema zmiennymi ilościowymi analizowano wykorzystując współczynnik Spearmana (gdy co najmniej jedna ze zmiennych rozkładu normalnego nie miała). Siłę zależności interpretowano wg następującego schematu: $|r| \geq 0,9$ – zależność bardzo silna; $0,7 \leq |r| < 0,9$ – zależność silna; $0,5 \leq |r| < 0,7$ – zależność średnio silna; $0,3 \leq |r| < 0,5$ – zależność słaba; $|r| < 0,3$ – zależność bardzo słaba (pomijalna). Normalność rozkładu zmiennych badano za pomocą testu Shapiro-Wilka. W analizie przyjęto poziom istotności $\alpha=0,05$. Analizę wykonano w programie R, wersja 3.3.3.

Wyniki

Pięćdziesiąt jeden procent badanych było płci żeńskiej, a 49% – męskiej. Średni wiek badanych wynosił 71,02 lat (SD = 11,18) i wahał się od 40 do 88 lat. Mediana wynosiła 71,5 roku, a więc połowa ankietowanych była młodsza, a połowa starsza niż 71,5 roku. Pierwszy i trzeci kwartył wynosiły odpowiednio 67 i 80 lat, a więc typowy wiek w grupie badanej był pomiędzy 67 a 80 lat. Sześćdziesiąt osiem procent badanych mieszkało w miastach liczących 50–150 tys. mieszkańców, 32% – na wsi. Pięćdziesiąt pięć procent ankietowanych miało wykształcenie podstawowe, 20% – średnie, 17% – zawodowe, a 8% – wyższe. Osiemdziesiąt procent uczestników badań było na emeryturze, 11% pracowało zawodowo, 9% było na rencie. Wszyscy respondenci pisemnie deklarowali, że są wyznania rzymsko-katolickiego.

Analiza religijności w badanej grupie

Wskaźnik religijności uzyskany przez ankietowanych w kwestionariuszu SRP wynosił 97,53 (SD = 28,06) i wahał się od 52 do 142. Mediana wynosiła 91 punktów, a więc połowa ankietowanych uzyskała mniej, a połowa więcej niż 91 punktów. Pierwszy i trzeci kwartył wynosiły odpowiednio 70,25 i 125, a więc typowy w analizowanej grupie wynik (wskaźnik religijności) był pomiędzy 70,25 a 125 punktami. Uzyskane dane wskazywały na przeciętną religijność wśród badanych, z przewagą religijności personalnej.

Wiara

Średnia liczba punktów uzyskanych przez ankietowanych w podskali kwestionariusza SRP „Wiara” wynosiła 25,53 (SD = 6,55) i wahała się od 14 do 38. Mediana wynosiła 24 punkty, a więc połowa ankietowanych uzyskała mniej, a połowa więcej niż 24 punkty. Pierwszy i trzeci kwartył wynosiły odpowiednio 20 i 32, a więc typowy w analizowanej grupie wynik mieścił się pomiędzy 20 a 32 punktami.

Moralność

Średnia liczba punktów uzyskanych przez ankietowanych w podskali kwestionariusza SRP „Moralność” wynosiła 23,51 (SD = 6,91) i wahała się od 12 do 35. Mediana wynosiła 22,5 punktu, a więc połowa ankietowanych uzyskała mniej, a połowa więcej niż 22,5 punktu. Pierwszy i trzeci kwartył wynosiły odpowiednio 17 i 30, a więc typowy w analizowanej grupie wynik mieścił się pomiędzy 17 a 30 punktami.

Praktyki religijne

Średnia liczba punktów uzyskanych przez ankietowanych w podskali kwestionariusza SRP „Praktyki religijne” wynosiła 29,15 (SD = 10,77) i wahała się od 11 do 45. Mediana wynosiła 28 punktów, a więc połowa ankietowanych uzyskała mniej, a połowa więcej niż 28 punktów. Pierwszy i trzeci kwartył wynosiły odpowiednio 18 i 40, a więc typowy w analizowanej grupie wynik mieścił się pomiędzy 18 a 40 punktami.

Self religijny (Autoidentyfikacja)

Średnia liczba punktów uzyskanych przez ankietowanych w podskali kwestionariusza SRP „Autoidentyfikacja” wynosiła 19,34 (SD = 4,86) i wahała się od 10 do 28. Mediana wynosiła 19 punktów, a więc połowa ankietowanych uzyskała mniej, a połowa więcej niż 19 punktów. Pierwszy i trzeci kwartył wynosiły odpowiednio 15,75 i 24, a więc typowy w analizowanej grupie wynik mieścił się pomiędzy 15,75 a 24 punktami.

Na podstawie uzyskanych wyników można wywnioskować, iż zaangażowanie w praktyki religijne, wiara, moralność oraz self religijny osób badanych były na przeciętnym poziomie.

Religijność a zmienne socjodemograficzne

Wartości p były niższe od 0,05 w teście Manna-Whitney’a dla wiary, moralności, praktyk religijnych i wyniku łącznego SRP, a więc wartości tych podskal i wskaźnika religijności zależały od płci. U kobiet były one wyższe (Tabela 1).

Tabela 1. Religijność a płeć badanych

Table 1. Religiosity and sex subjects

SRP PRS	Płeć/ Sex	N/ Number of sub- jects	Śred- nia/ Arith- metic mean	SD/ Stan- dard devia- tion	Me- diana/ Me- dian	Min/ Min	Maks/ Max	Q1/ Quart ile1	Q3/ Quart ile3	p* p- Value
Wiara/ Faith	Kobiety/ Women	51	26,88	6,99	29	14	38	20,5	33	0,03
	Mężczyźni/ Men	49	24,12	5,79	23	16	34	20	30	
Moralność/ Morality	Kobiety/ Women	51	25,22	6,94	25	13	35	18,5	31,5	0,01
	Mężczyźni/ Men	49	21,73	6,47	22	12	34	16	28	

Praktyki religijne/ Religious practices	Kobiety/ Women	51	31,67	11,13	36	13	45	21,5	42	0,01
	Mężczyźni/ Men	49	26,53	9,83	26	11	45	18	35	
Autoiden- tyfikacja/ Self- identification	Kobiety / Women	51	20,27	4,53	22	11	27	16	24	0,06
	Mężczyźni/ Men	49	18,37	5,04	17	10	28	14	23	
Wynik łącz- ny/General result	Kobiety/ Women	51	104,04	28,8	117	59	142	80	131	0,01
	Mężczyźni/ Men	49	90,76	25,84	85	52	134	66	119	

* Test Manna-Whitney’a

Źródło: opracowanie własne

Source: author's own analysis

Współczynniki korelacji Spearmana były nieistotne statystycznie ($p > 0,05$), a więc wyniki łączny SRP i w żadnej z podskal nie zależał istotnie od wieku. Wszystkie wartości p były wyższe od 0,05 w teście Manna-Whitney’a, a więc wyniki łączny SPR i w żadnej z podskal nie zależał istotnie od miejsca zamieszkania, sytuacji zawodowej badanych. Wszystkie wartości p w teście Kruskala-Wallisa były wyższe od 0,05, a więc wyniki łączny SPR i w żadnej z jego podskal nie zależał istotnie od wykształcenia.

Analiza akceptacji choroby w badanej grupie

W AIS mediana wynosiła 27,5 pkt, a więc połowa ankietowanych uzyskała do 27 pkt, a połowa 28 pkt i więcej; średnia liczba punktów 27,61 (SD = 7,81) i wahała się od 8 do 40. Pierwszy i trzeci kwartył wynosiły odpowiednio 24 i 34 pkt. Oznacza to, że typowy wynik w badanej grupie mieścił się w przedziale od 24 do 34 pkt. Wynik AIS nie miał rozkładu normalnego w analizowanych grupach (p z testu Shapiro-Wilka poniżej 0,05), a więc analizę przeprowadzono za pomocą testu Manna-Whitney’a. Wartość p była mniejsza od 0,05, a więc stopień akceptacji choroby zależał od płci. U pacjentów mężczyźni był on wyższy (Tabela 2).

Wartość p w teście Kruskala-Wallisa wynosiła 0,006 i była mniejsza od 0,05, a więc stopień akceptacji choroby zależał od sytuacji zawodowej. Aby odpowiedzieć na pytanie, jak dokładnie wyglądała ta zależność, wykonano analizę post-hoc. Pokazała ona, że pacjenci pracujący zawodowo istotnie bardziej akceptowali swoją chorobę niż emeryci (Tabela 3).

Tabela 2. Akceptacja choroby a płeć badanych
Table 2. Acceptance of the illness and sex subjects

Płeć Sex	N/ Number of subjects	Średnia/ Arithmetic mean	SD / Standard deviation	AIS [punkty]/AIS [points]					p* p-Value
				Mediana/ Median	Min/ Min	Max/ Max	Q1 Quartile1	Q3 Quartile3	
Kobiety/ Women	51	25,71	8,13	25	8	38	19	33,5	0,016
Mężczyźni/ Men	49	29,59	7	30	12	40	24	36	

* Test Manna-Whitney'a
Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Tabela 3. Akceptacja choroby a sytuacja zawodowa badanych
Table 3. Acceptance of the illness and professional situation subjects

Sytuacja zawodowa/ Professional situation	N/ Number of subjects	Średnia/ Arithmetic mean	SD/ Standard deviation	AIS [punkty]/ AIS [points]					p* p-Value
				Mediana/ Median	Min/ Min	Max/ Max	Q1/ Quartile1	Q3/ Quartile3	
Pracujący zawodowo/ Working professionally	11	33,55	6,56	36	20	40	32	38	0,006 P > E
Emeryci/ Retirees	80	26,48	7,59	26	8	40	23	33	
Renciści/ Pensioners	9	30,44	7,83	34	12	36	29	35	

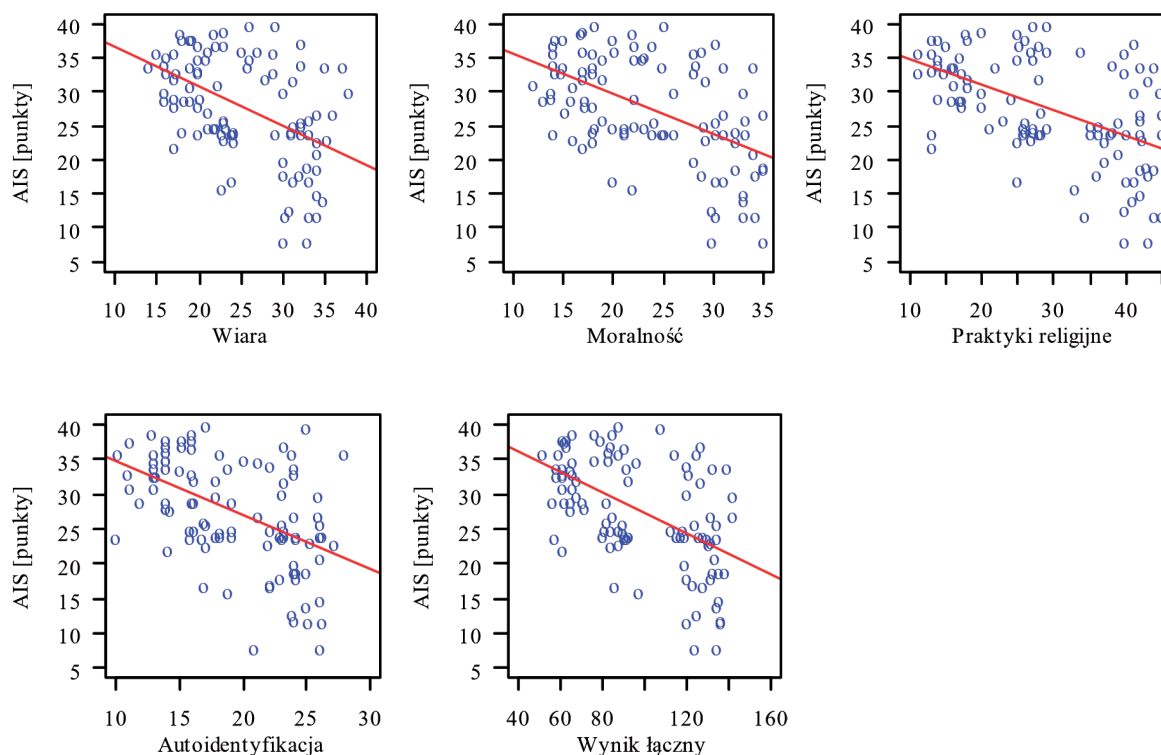
* Test Kruskala-Wallis + analiza/analysis post-hoc (test Dunna)
Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Współczynnik korelacji Spearmana pomiędzy wiekiem a akceptacją choroby wyniósł -0,178 i był nieistotny statystycznie ($p > 0,05$), a więc te dwie cechy nie zależały istotnie od siebie. Wartość p w teście Manna-Whitney'a wynosiła 0,163 i była większa od 0,05, a więc stopień akceptacji choroby nie zależał od miejsca zamieszkania. Wartość p w teście Kruskala-Wallis wynosiła 0,252 i była większa od 0,05, a więc stopień akceptacji choroby nie zależał od wykształcenia.

Zależność pomiędzy wskaźnikiem religijności a poziomem akceptacji choroby
Wyniki SPR i AIS nie miały rozkładu normalnego (p z testu Shapiro-Wilka poniżej 0,05), a więc do analizy wykorzystano współczynnik korelacji Spearmana. Na poziom akceptacji choroby wpływał istotnie wynik każdej z podskal SPR ($p < 0,05$). Zależności te były ujemne, tzn. im wyższa religijność tym mniejsza akceptacja choroby (**Tabela 4, Rycina 1**).

Tabela 4. Korelacja wskaźnika religijności oraz wyników poszczególnych podskal SRP uzyskanych przez badanych z ogólnym wynikiem akceptacji choroby w AIS
Table 4. Correlation of the religiousness coefficient and results of each subscale PRS obtained by subjects with the general result of illness acceptance in AIS

SRP PRS	Korelacja z AIS Correlation with AIS			
	Współczynnik korelacji/ Correlation coefficient	p/ p-Value	Kierunek zależności/ Depending on the direction of	Siła zależności/ Depending on the strength of
Wiara/ Faith	-0,484	< 0,001	ujemny/ negative	Słaba/ weak
Moralność/ Morality	-0,493	< 0,001	ujemny/ negative	Słaba/ weak
Praktyki religijne/ Religious practices	-0,486	< 0,001	ujemny/ negative	Słaba/ weak
Autoidentyfikacja/ Self-identification	-0,492	< 0,001	ujemny/ negative	Słaba/ weak
Wynik łączny/ General result	-0,507	< 0,001	ujemny/ negative	Średnia/ average



AIS [punkty]/AIS [points]; Wiara/Faith; Moralność/Morality; Praktyki religijne/Religious practices; Autoidentyfikacja/Self-identification; Wynik łączny/General result

Rycina 1. Korelacja wskaźnika religijności oraz wyników poszczególnych podskal SRP uzyskanych przez badanych z ogólnym wynikiem akceptacji choroby w AIS

Figure 1. Correlation of the religiousness coefficient and results of each subscale PRS obtained by examined with the general result of illness acceptance in AIS

Źródło: opracowanie własne

Source: author's own analysis

Dyskusja

W niniejszej pracy podjęto próbę zbadania wpływu religijności na poziom akceptacji choroby wśród osób z cukrzycą. Podobne badania zostały przeprowadzone i opublikowane w *Problemach Pielęgniarstwa* w 2015 roku. Przedstawione w artykule pod tytułem: „*Religijność i akceptacja choroby wśród pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów*”, wyniki wskazują na brak istotnej zależności pomiędzy religijnością a poziomem akceptacji choroby wśród pacjentów z RZS. Wskaźnik religijności (z przewagą religijności personalnej) i poziom akceptacji choroby wśród badanych z RZS był na średnim poziomie [29]. Z kolei w artykule „*Znaczenie religijności w życiu człowieka chorego*” autorki Janiszewska i Lichodziejewska-Niemierko przytaczają wyniki badań Reed'a, w których wyższą religijność posiadały osoby chore terminalnie aniżeli osoby nieobarczone terminalną chorobą [18]. Porównywalny wynik do badań Reed'a został opublikowany w artykule autorstwa Piskozuba pod tytułem: „*Religijność źródłem „życiodajnej” nadziei w chorobie onkologicznej*”. Autor publikacji wskazu-

je na wyniki badań Stanton przeprowadzonych wśród kobiet z rakiem piersi. Badaną kwestią był wpływ nadziei oraz radzenia sobie z chorobą (które pojmowano jako akceptację choroby, poszukiwanie wsparcia wśród społeczeństwa, aktywne skupienie na problemie) na przystosowanie psychologiczne do choroby. Wyniki przeprowadzonych badań wskazały, iż radzenie sobie poprzez duchowość jest charakterystyczne dla kobiet o niskim poziomie nadziei. Kobiety o wysokiej nadziei prezentowały słaby powrót do religijności i mniejsze zainteresowanie kwestiami duchowości. Stanton, w oparciu o wyniki wskazuje na pocieszającą funkcję religii, odnajdywanie pociechy w obliczu ciężkiej sytuacji, jaką jest choroba nowotworowa, szczególnie wśród osób z niskim poziomem nadziei oraz słabymi umiejętnościami radzenia sobie w sytuacji problemowej (pokonywanie przeszkód i trudności) [30]. Przeprowadzone badania własne potwierdza powyższe doniesienie autorstwa Stanton. Uzyskane wyniki u osób z cukrzycą wskazują na przeciętny wskaźnik religijności, w większości o charakterze personalnym oraz przeciętny poziom akcepta-

cji choroby, ale także na ujemną zależność pomiędzy wskaźnikiem religijności a poziomem akceptacji choroby, tzn. im wyższy wskaźnik religijności, tym niższy poziom akceptacji choroby wśród badanych. Oznacza to, iż osoby, które nie akceptują swojej choroby, mają wyższy poziom religijności, a te z wysokim poziomem akceptacji choroby charakteryzują niski wskaźnik religijności i niskie wartości w poszczególnych podskalach: wiara, moralność, praktyki religijne, autoidentyfikacja z Bogiem. Wyniki badań własnych są odmienne i nie potwierdzają doniesień Jaworskiego [6] czy Zasępy [31] badających związek religijności z osobowością osób zdrowych, które mówią, że osoby, których religijność ma bardziej personalny charakter (wysoki poziom przeżyć wewnętrznych i kontaktów z Bogiem), cechuje lepsze przystosowanie do otoczenia i radzenie sobie z sytuacjami trudnymi, w przeciwieństwie do osób o apersonalnym wymiarze religijności, które wykazują mniejszą akceptację siebie i sytuacji, w której się znalazły. Odmienne dane od uzyskanych wyników własnych przytacza także Zagożdżon, autor artykułu pod tytułem: „*Związek między religijnością a zdrowiem w badaniach epidemiologicznych*”. W powyższej publikacji przedstawił wyniki badań Koeniga i wsp. wskazujące na istotny, pozytywny wpływ religijności na szybszy powrót do zdrowia (pacjenci z depresją o wyższym wskaźniku religijności zdrowieli szybciej od tych, którzy charakteryzowali się niskim poziomem religijności). Nie są to co prawda badania wskazujące na związek pomiędzy religijnością a akceptacją choroby, jednak ukazują wzajemne powiązania i obejmują obszar badawczy zajmujący się szeroko pojętym powiązaniem religijności ze zdrowiem i chorobą [16]. Powyższe wyniki wskazują na fakt, iż osoby, które mają wysoki wskaźnik religijności szybciej zdrowieją, ale charakteryzują się również wysoką religijnością w trakcie trwania choroby, co nie potwierdza badań własnych, w których niski wskaźnik religijności występował wśród osób mających potencjalnie większe zasoby do radzenia sobie w sytuacjach kryzysowych, w tym także do szybszego powrotu do zdrowia.

Poziom akceptacji choroby w przeprowadzonych badaniach wśród pacjentów z cukrzycą wyniósł 27,61 i tylko nieznacznie różnił się od wskaźnika uzyskanego w badaniach przeprowadzonych wśród pacjentów z RZS [29]. Porównując uzyskany wynik wskazujący na poziom akceptacji choroby wśród pacjentów z cukrzycą z wynikiem zamieszczonym w kluczu do Skali Akceptacji Choroby (AIS) w interpretacji Juczyńskiego, gdzie średni wynik dla pacjentów z cukrzycą wyniósł 24,81 pkt (SD = 7,09) można wysunąć wniosek, iż uzyskany w badaniach autorskich wynik był nieco wyższy niż w grupie, którą badał autor skali [28].

Mimo niejednoznacznych doniesień co do związku religijności z akceptacją choroby jako sytuacją trudną (być może wynikających z doboru badanych, różnego charakteru chorób) wydaje się, że istnieje konieczność dalszych badań i brania pod uwagę przez personel medyczny aspektów duchowości w sprawowaniu opieki nad pacjentem i uwzględniania potrzeb chorych do praktykowania religii w sposób właściwy dla danego wyznania i dostosowany do osoby konkretnego pacjenta. Jest to temat niedostatecznie poznany w warunkach polskich, choć liczba dobrej jakości kwestionariuszy do badania religijności rośnie [31–34]. W badaniach przeprowadzonych przez Kinga i wsp. (wyniki zamieszczone w artykule pod tytułem: „*Religijność a zdrowie*”, autorstwa Magdoń, Skrzypek, Klocek) aż 68% badanych osób podaje, że kwestie religii nigdy nie zostały poruszone w rozmowie z lekarzem czy pielęgniarką, a 77% uważa, że personel medyczny powinien koncentrować się na potrzebach duchowych podopiecznych [15].

Podsumowując, należy sformułować pewne uwagi, które można by było wykorzystać w przyszłych badaniach poruszających ten problem. Ważne byłoby wyeliminować ewentualny wpływ zmiennej aprobaty społecznej, bowiem jak pisze Zasępa za Karyłowskim – są nią nasycone narzędzia mierzące uczucia i zachowania moralne [31] i wybrać najlepsze z nich – standaryzowane, dokonując pomiaru na większych próbach pacjentów, w różnych stanach chorobowych (ostrych, przewlekłych, terminalnych), w dłuższym okresie czasu.

Wnioski

Na podstawie przeprowadzonych badań można wysunąć następujące wnioski:

1. Wskaźnik religijności wskazał na przeciętną religijność w badanej grupie pacjentów z cukrzycą. Wskaźnik ten był wyższy u kobiet niż u mężczyzn. Religijność w większości miała charakter personalny.
2. Poziom akceptacji choroby wśród badanej grupy pacjentów był przeciętny, wyższy wśród mężczyzn i osób aktywnych zawodowo.
3. Istniała ujemna zależność pomiędzy wskaźnikiem religijności, wiarą, moralnością, wykonywaniem praktyk religijnych, autoidentyfikacją z Bogiem a poziomem akceptacji choroby wśród pacjentów chorujących na cukrzycę, tzn. im wyższy wskaźnik religijności, im wyższa wiara, moralność i autoidentyfikacja z Bogiem (self religijny), większe zaangażowanie w odbywanie praktyk religijnych, tym niższy poziom akceptacji choroby.

Piśmiennictwo

1. Sieradzki J. Cukrzyca. W: Gajewski P. [red.] Interna Szczeklika 2015. Medycyna Praktyczna, Kraków 2015.
2. Niebrój LT. The influence of religious beliefs on health care: between medical futility and refusal of treatment. *Journal of Physiology and Pharmacology* 2006; 57: 241–249.
3. Pucko Z. Idea troski w pielęgniarstwie inspirowana myślą filozoficzną. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2014.
4. Watson J. *Nursing: Human Science and Human Care a Theory of Nursing*. NY: National League for Nursing, New York 1988.
5. Encyklopedia Katolicka. Tom XVI. Towarzystwo Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II, Lublin 2012. Religia, Religijność; ss. 1394–1418.
6. Jaworski R. Psychologiczne badania religijności personalnej. *Zeszyty Naukowe KUL* 1998; 41(3-4): 77–88.
7. Kłoczowski JA. Spór o religię. W: Kłoczowski JA. *Między samotnością a wspólnotą. Wstęp do filozofii religii*. Wydawnictwo Biblos, Tarnów 2004, ss. 1925.
8. Kudelska M. [red.] *Człowiek wobec świata na przełomie wieków. Nowe i dawne wzorce duchowości*. Wydawnictwo Collegium Columbinum, Kraków 2001.
9. Susabowska K. Duchowość pogranicza między kościołem a sektą czyli o próbie klasyfikacji zjawiska. *Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej* 2013; 65(1897): 405–412.
10. Koenig HG. Religion, spirituality and medicine in Australia: research and clinical practice. *Medical Journal of Australia* 2007; 186(10 Suppl): 45–46.
11. Withers A, Zuniga K, Van Sell SL. Spirituality: Concept analysis. *International Journal of Nursing & Clinical Practices* 2017; 4:234–239.
12. Nęcek R. Moralno-religijne aspekty opieki medycznej. *Przegląd Lekarski* 2012; 69(6): 271–274.
13. Rybakiewicz A. Znaczenie choroby w życiu człowieka (aspekt etiologiczny, epistemologiczny i aksjologiczny). *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne* 2013; 3(1): 45–54.
14. Puchalski ChM. Integrating spirituality into patient care: an essentials element of person-centered care. *Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej* 2013; 123(9): 491–495.
15. Magdoń M, Skrzypek M, Kłoczek M. Religijność a zdrowie. *Sztuka Leczenia* 1997; 3(2): 61–68.
16. Zagożdżon P. Związek między religią a zdrowiem w badaniach epidemiologicznych. *Polski Merkuriusz Lekarski*, 2012; 191: 349–353.
17. Pawlikowski J, Sak J, Marczewski K. Religia a zdrowie – czy religia może sprzyjać trosce o zdrowie? Część 2 – religijność a zdrowie. *Kardiologia po Dyplomie*, 2009; 8(1): 87–93.
18. Janiszewska J, Lichodziejewska-Niemierko M. Znaczenie religijności w życiu człowieka chorego. *Polski Merkuriusz Lekarski* 2006; 122: 197–200.
19. Galanter M, Glickman L, Dermatis H, Tracy K, Mc Mahon C. Znaczenie duchowości pacjentów w procesie leczenia. *Psychiatria po Dyplomie* 2009; 6(1):28–35.
20. Pawlikowski J, Marczewski K. Religia a zdrowie – czy religia może sprzyjać trosce o zdrowie? Część 1 – wartość zdrowia w wielkich religiach świata. *Kardiologia po Dyplomie* 2008; 7(10): 96–98.
21. Boguszevska M, Góralczyk K. Prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej wobec zróżnicowania religijnego. *Drohiczyński Przegląd Naukowy* 2016, 8: 49–64.
22. Hamerlińska A. Rola osobowości i odpowiedzialności osób z cukrzycą w procesie leczenia. *Diabetologia na co dzień* 2010; 1(18): 23–28.
23. Moczyłowska A, Krajewska-Kułak E, Kózka M, Bielski K. Stopień akceptacji choroby przez pacjentów oddziałów zachowawczych i zabiegowych. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 2014; (2): 62–70.
24. Heszen I. *Kliniczna psychologia zdrowia*. W: Sęk H. [red.] *Psychologia kliniczna*. Tom 2. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2005, ss. 222–243.
25. Mazurek J, Lurbiecki J. Skala Akceptacji Choroby i jej znaczenie w praktyce klinicznej. *Polski Merkuriusz Lekarski* 2014; 212:106–108.
26. Deklaracja Helsińska (2013). http://www.nil.org.pl/data/assets/pdf_file/0008/93248/Deklaracja-Helsinki-przyjeta-na-64-ZO-WMA-pazdziernik-2013_pelny-tekst.pdf (15.08.2017).
27. Lenartowicz H, Kózka M. *Metodologia badań w pielęgniarstwie*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010.
28. Juczyński Z. Skala Akceptacji Choroby – AIS. W: Juczyński Z. *NPPZ – Narzędzia Pomiaru w Promocji i Psychologii Zdrowia*. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. Wyd. drugie, Warszawa 2009, ss. 168–172.
29. Wróbel A, Majda A. Religijność i akceptacja choroby wśród pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów. *Problemy Pielęgniarstwa* 2015; 23(2): 220–226.
30. Piskozub M. Religijność źródłem „życiodajnej” nadziei w chorobie onkologicznej. *FIDES ET RATIO* 2010; 2(2): 72–81.
31. Zasępa E. Personalny wymiar religii a struktura osobowości. *Roczniki psychologiczne* 2002; tom 5: 161–179.
32. Socha PM. Skale do badania religijności – aktualny stan i zagadnienia psychometryczne. *Przegląd Religioznawczy* 2003; 3(209): 203–216.
33. Jarosz M. Psychologiczny pomiar religijności. *Towarzystwo Naukowe KUL*, Lublin 2011.
34. Polak J, Grabowski D. Wstępna charakterystyka psychometryczna polskiej wersji kwestionariusza *Religious Commitment Inventory-10* (RCI-10-PL) Everetta Worthingtona i współpracowników. *Roczniki Psychologiczne* 2017; XX, 1: 191–212.

Artykuł przyjęty do redakcji: 05.08.2018

Artykuł przyjęty do publikacji: 26.11.2018

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.

Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:

Anna Majda
ul. Michałowskiego 12
31-126 Kraków
tel. 12 6343397
e-mail: anna.majda@uj.edu.pl
Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jagiellońskiego
Collegium Medicum

ANALIZA WIEDZY STUDENTÓW KIERUNKU PIELĘGNIARSTWA NA TEMAT ZAGROŻEŃ I UCIAŹLIWYCH WARUNKÓW PRACY PIELĘGNIAREK

ANALYSIS OF NURSING STUDENTS' KNOWLEDGE ON THREATS AND ONEROUS WORK CONDITIONS OF NURSES

Magdalena Strugała^{1,a}, Marzena Adamczewska², Dorota Talarska^{1,b}

¹ Katedra i Zakład Profilaktyki Zdrowotnej, Pracownia Pielęgniarstwa Społecznego, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

² studentka Wydział Nauk o Zdrowiu, kierunek Pielęgniarstwo, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

^a <https://orcid.org/0000-0001-7668-6924>

^b <https://orcid.org/0000-0002-2899-3708>

DOI: <https://doi.org/10.20883/pielpol.2019.22>

STRESZCZENIE

Wstęp. W środowisku pracy pielęgniarki jest wiele biologicznych, fizycznych, psychicznych, chemicznych i ergonomicznych zagrożeń związanych ze specyfiką zawodu.

Cel. Celem pracy była ocena wiedzy studentów pielęgniarstwa na temat zagrożeń i uciążliwych warunków pracy na stanowisku pielęgniarki.

Materiał i metoda. W badaniu wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego. Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety własnej zawierający 42 pytania testowe. Badanymi było 100 studentów kierunku pielęgniarstwa, w tym 81 kobiet i 19 mężczyzn, w wieku od 18 do 51 lat. Ankietowani studiowali na studiach licencyjnych oraz magisterskich.

Wyniki. Niewiele ponad połowa studentów (51%) miała dostateczną wiedzę na temat zagrożeń i uciążliwych warunków pracy pielęgniarek. Dobrą wiedzę charakteryzowało się 31% osób, a bardzo dobrą – 9%. Pozostali studenci (9%) mieli niewystarczające wiadomości na ten temat. 66% respondentów oceniało poziom swojej jako niepełny, 20% zadowolający, a 13% osób – jako słaby. Jeden student podał, że nie posiada żadnej wiedzy.

Wnioski. 1) Wiedza studentów na temat zagrożeń i uciążliwych warunków pracy pielęgniarek jest na niewystarczającym poziomie. 2) Studenci są świadomi posiadanej przez siebie wiedzy i ewentualnych braków. 3) Miejsce zamieszkania, stopień studiów oraz samoocena mają wpływ na posiadaną przez studentów wiedzę na temat zagrożeń i uciążliwych warunków pracy na stanowisku pielęgniarki.

SŁOWA KLUCZOWE: wiedza, zagrożenia, uciążliwe warunki, praca, pielęgniarka.

ABSTRACT

Introduction. In the nurse's work environment there are many biological, physical, psychological, chemical and ergonomic threats related to the specificity of the profession.

Aim. The aim of the study was to assess the knowledge of Nursing students on threats and onerous working conditions at the nurse's position.

Material and method. The study used the method of a diagnostic survey. The research tool was a self-help questionnaire containing 42 test questions. 100 nursing students were examined, including 81 women and 19 men, aged 18 to 51 years. The respondents studied undergraduate and graduate studies.

Results. Just over half of the students (51%) had sufficient knowledge about the risks and burdensome working conditions of nurses. Good knowledge was characteristic of 31% of people, and very good – 9%. Other students (9%) had insufficient knowledge on this subject. 66% of respondents rated their level as incomplete, 20% satisfactory, and 13% as weak. One student reported that he did not have any knowledge.

Conclusion. 1) The students' knowledge about the risks and burdensome working conditions of nurses is insufficient. 2) Students are aware of their knowledge and possible gaps. 3) Place of residence, degree of study and self-assessment have an impact on the knowledge possessed by students about the risks and burdensome working conditions at the position of a nurse.

KEYWORDS: knowledge, threats, onerous conditions, work, nurse.

Wstęp

W środowisku pracy pielęgniarki jest wiele zagrożeń związanych ze specyfiką zawodu. Definicja „zagrożenia”

oznacza możliwość czy „potencjalność” spowodowania szkody, której pracownik może doznać w wyniku świadczenia pracy [1]. Jedynie wiedza na temat szko-

długich czynników, uciążliwości i zasad właściwej prewencji może uchronić pracownika przed negatywnymi skutkami ich działania. Kadra pielęgniarska podczas wykonywania obowiązków zawodowych narażona jest na wiele patogenów zakaźnych. Na szczególną uwagę zasługują: wirusy, prątki, gronkowiec złocisty, paciorkowce, pałeczki z rodzaju: *Salmonella*, *Shigella*, *Klebsiella*, grzyby, robaki (owsica), świerzb, wszawica [2]. Podłożem zakażenia w instytucjach ochrony zdrowia może być pacjent (nosiciel, stanowiący swoisty rezerwuar flory bakteryjnej), pobrany od niego materiał oraz powietrze [3, 4]. Patogeny mogą wnikać do organizmu na drodze pokarmowej i oddechowej, poprzez tzw. aerozol zakaźny w szpitalnym powietrzu [4, 5]. Bardzo istotną drogą wnikania szkodliwych czynników biologicznych jest skóra, zwłaszcza rąk. Dochodzi do przenikania patogenów najczęściej na drodze naruszenia ciągłości tkanek wskutek np. zakłucia [4]. Na największe ryzyko w tym zakresie narażona jest kadra o specjalności zabiegowej [6, 7]. Podwyższone ryzyko powiązane jest z pośpiechem, dekoncentracją, zdenerwowaniem czy niewłaściwą manipulacją użytym sprzętem. Masowość ekspozycji na drodze krwiopochodnej wzrasta proporcjonalnie u osób: posiadających niski staż zawodowy, przemęczonych, przy znikomej współpracy ze strony pacjenta lub w zespole, gdzie odnotowuje się braki w kadrze pielęgniarskiej oraz niewłaściwej organizacji stanowiska pracy.

Wykonywanie obowiązków zawodowych pracowników ochrony zdrowia nieodłącznie wiąże się z stycznością z różnymi lekami, np. cytostatykami, odczynnikami do badań, gazami anestetycznymi, preparatami używanymi do dezynfekcji czy sterylizacji oraz lateksem [8]. Skutkiem ekspozycji personelu medycznego na leki cytostatyczne są choroby hematologiczne, nowotworowe oraz zaburzenia prokreacyjne [4, 5, 9, 10]. Do grona alergenów zawodowych zaliczane są także antybiotyki. Alergia na te substancje najczęściej objawia się pokrzywką, kichaniem, napadem astmy, a nawet może doprowadzić do wstrząsu [8]. Wśród głównych alergenów występujących w środowisku pracy personelu medycznego klasyfikuje się lateks gumy naturalnej [11]. Znaczna część przypadków alergii na lateks objawia się wypryskiem kontaktowym pod postacią pokrzywki lub świerzbiączki [8, 10]. Ekspozycję na wziewne anestetyki w salach operacyjnych eksperci kwalifikują jako czynnik poronień samoistnych, wad wrodzonych, jak również zwiększonej skłonności występowania złośliwych nowotworów układu limfatycznego i siateczkowego. Nawet małe stężenie anestetyków stosowanych do znieczulenia może wywołać bóle głowy, ogólne zmęczenie, wahania nastroju [8]. Środki odkażające i dezynfekcyjne w placówkach ochrony

zdrowia stosowane na dużą skalę wykazują głównie działanie alergizujące [11].

Czynniki fizycznie występujące na stanowisku pracy pielęgniarki w zakładach opieki medycznej to przede wszystkim: hałas, pola i promieniowanie elektromagnetyczne, promieniowanie jonizujące oraz laserowe. Jednakże spoglądając na obecny stan wiedzy, ekspozycja pola elektromagnetycznego (np. pielęgniarki instrumentariuszki) nie powinna być szkodliwa i można ją zakwalifikować jako dopuszczalną [5, 10, 12]. Natomiast częsta ekspozycja na promienie jonizujące może bezpośrednio uszkadzać łańcuchy DNA, stanowiąc wysokie ryzyko powstawania zmian nowotworowych [12]. Promieniowanie lasera szeroko wykorzystywane np. w chirurgii, dermatologii, okulistyce, medycynie estetycznej, stanowi swoiste niebezpieczeństwo w przypadku braku należytej ochrony oczu i skóry [5]. Na stanowiskach pielęgniarskich ostre uszkodzenie słuchu w zasadzie nie występuje.

Ergonomiczne czynniki ryzyka

Konsekwencją przeciążeń w układzie ruchu są narastające zmiany zwyrodnieniowe i odczuwane dolegliwości bólowe [4, 13]. Przyczyną występowania dolegliwości jest najczęściej sposób wykonywania pracy, niewłaściwe wyposażenie stanowiska pracy, bariery architektoniczne, nieprawidłowe nawyki podczas podnoszenia i transferu pacjentów oraz niewłaściwa postawa ciała przy pracy, konieczność długotrwałego stania, nieodpowiednia liczba pracowników do wykonywania określonej czynności i brak właściwej współpracy [4, 5]. Specyfika pracy pielęgniarki przewiduje pracę zmianową. Szereg przeprowadzanych badań [14, 15] wykazało, iż u osób pracujących w systemie zmianowym częściej występują schorzenia układu krwionośnego, zaburzenia czynnościowe układu pokarmowego, wrzody trawienne, zaburzenia metaboliczne, w tym cukrzyca, otyłość oraz stany przewlekłego zmęczenia, depresja oraz zaburzenia snu [16].

Obciążenie psychiczne w pracy pielęgniarek

Główną przyczyną stresu w pracy pielęgniarki jest wysoka odpowiedzialność zawodowa [17, 18]. Dodatkowo niepewność roli, wygórowane oczekiwania ze strony pacjentów wraz z niedostateczną ilością czasu na ich wykonanie, konieczność stałej czujności, ściśle ustalona hierarchia zależności zawodowej [1, 19]. Chroniczna ekspozycja na sytuacje stresowe wyzwała patologiczny proces wypalenia zawodowego [18, 20]. Ponadto pracownicy ochrony zdrowia, a w tym pielęgniarki, są grupą zawodową, w której odnotowuje się wysoki odsetek zjawiska mobbingu. W odniesieniu do badań

przeprowadzonych przez Buchan i wsp. w 2005 roku, odnotowano, że pielęgniarki padają trzykrotnie częściej ofiarami przemocy niż inni pracownicy ochrony zdrowia [21, 22].

Celem pracy była ocena wiedzy studentów kierunku pielęgniarstwa na temat zagrożeń i uciążliwych warunków pracy na stanowisku pielęgniarki.

Materiał i metody badawcze

Badanymi osobami byli studenci kierunku pielęgniarstwa. W badaniu wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego. Ankiety wypełniło 100 osób (w tym 81 kobiet i 19 mężczyzn) w wieku od 18 do 51 lat. Udział w badaniu był dobrowolny i miał charakter anonimowy.

Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety własnej zawierający 42 pytania testowe. W ankiecie pytania od 1 do 30 były pytaniami sprawdzającymi poziom wiedzy studentów na temat zagrożeń i uciążliwych warunków pracy pielęgniarek. Pytanie numer 31 dotyczyło samooceny poziomu wiedzy studentów, natomiast pytania od 32 do 42 stanowiły metryczkę, pozwalającą scharakteryzować badaną grupę pod względem socjodemograficznym. Poziom wiedzy stanowiła suma punktów uzyskanych za poprawne odpowiedzi. Przyjęto za błędną odpowiedź: 0 pkt.; za prawidłową odpowiedź: 1 pkt. Badane osoby mogły uzyskać w sumie od 0 do 30 punktów, gdzie 0 punktów oznacza brak wiedzy, a 30 punktów pełną wiedzę. Ustalono następujące kryteria oceny wiedzy studentów: niewystarczająca – od 0 do 15 pkt; dostateczna – od 16 do 20 pkt; dobra – od 21 do 25 pkt.; bardzo dobra – od 26 do 30 pkt.

Przyjęto jako zmienną zależną: poziom wiedzy, a niezależne stanowiły: płeć, wiek, miejsce zamieszkania, wykształcenie, tryb studiów, stopień studiów, posiadanie specjalizacji czy kursów dodatkowych, staż pracy w zawodzie, samoocena poziomu wiedzy. Zmienne jakościowe i odpowiedzi na pytania opisano za pomocą liczebności (n) i częstości (%). Zmienne mierzone opisano za pomocą podstawowych parametrów: średnia arytmetyczna, odchylenie standardowe, mediana, wartość minimalna i maksymalna oraz dolny i górny kwartyl.

Do analizy statystycznej poziomu wiedzy studentów użyto testów nieparametrycznych. Do sprawdzenia istotności różnic poziomu wiedzy studentów na temat zagrożeń i uciążliwych warunków pracy pielęgniarek użyto testu Manna-Whitneya (do porównania w dwóch grupach) oraz testu Kruskala-Wallisa (do porównania w co najmniej trzech grupach). Do zbadania korelacji pomiędzy wiekiem oraz stażem pracy w zawodzie a poziomem wiedzy studentów użyto testu istotności korelacji rang Spermana. Za istotną statystycznie przyjęto

wartość $p < 0,05$. Obliczenia statystyczne przeprowadzono przy użyciu pakietu statystycznego STATISTICA 10 PL.

Wyniki

Charakterystyka socjodemograficzna badanej grupy

Większość badanych studentów stanowiły kobiety (81%). Średnia wieku wynosiła $31,6 \pm 10$. 68% analizowanych mieszkało w dużym mieście. Spośród studiujących, w trybie niestacjonarnym było 58% respondentów, a 42% stacjonarnym. Większość badanych studentów była na studiach magisterskich – 78%, pozostałe osoby na studiach I stopnia. Specjalizację posiadało 28% studentów, a 8% studentów było w trakcie zdobywania specjalizacji. Kursy dodatkowe (np. EKG, RKO itp.) posiadało 62% studentów, a 5% studentów było w trakcie odbywania kursów dodatkowych. Staż pracy w zawodzie badanych wahał się od 0 do 30 lat. Średnia stażu pracy wynosiła $9,1 \pm 10,3$ lat. Większość badanych studentów pracowało w oddziale zachowawczym (52%) osób, w oddziale zabiegowym pracowało 30%, a 6% w POZ. Pozostali respondenci jeszcze nie pracowali (12%) osób.

Wiedza badanych na temat zagrożeń i uciążliwych warunków pracy pielęgniarek

Poziom wiedzy studentów na temat zagrożeń i uciążliwych warunków pracy pielęgniarek wahał się od 13 do 30 punktów. Średnia wiedzy studentów wynosiła $20,2 \pm 3,7$ punktów. Uzyskane wyniki jednoznacznie wskazują, że niewiele ponad połowa studentów (51%) miało dostateczną wiedzę na temat zagrożeń i uciążliwych warunków pracy pielęgniarek. Dobrą wiedzę charakteryzowało się 31% osób, a bardzo dobrą – 9%. Pozostali studenci (9%) mieli niewystarczające wiadomości na ten temat. Szczegółowe wyniki prezentuje **tabela 1**.

Tabela 1. Oceny poziomu wiedzy studentów na temat zagrożeń i uciążliwych warunków pracy pielęgniarek

Table 1. Assessment of the level of students' knowledge of the risks and arduous working conditions of nurses

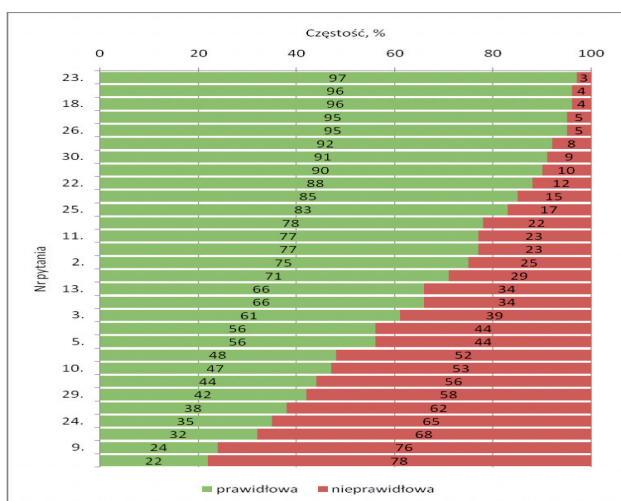
Ocena poziomu wiedzy <i>Assessment of the level of knowledge</i>	N	%
niewystarczająca (0-15 punktów) <i>insufficient (0-15 points)</i>	9	9,0
dostateczna (16-20 punktów) <i>sufficient (16-25 points)</i>	51	51,0
dobra (21-25 punktów) <i>good (21-25 points)</i>	31	31,0
bardzo dobra (26-30 punktów) <i>very good (26-30 points)</i>	9	9,0

Źródło: opracowanie własne

Source: author's own analysis

Analizując prawidłowość udzielanych przez respondentów odpowiedzi wykazano, iż pytaniem, na które uzyskano najwięcej prawidłowych odpowiedzi okazało się być pytanie wchodzące w skład zagadnień dotyczących ergonomii pracy. Natomiast pytaniem, na które uzyskano najmniejszą ilość prawidłowych odpowiedzi było pytanie z zakresu wiedzy odnośnie zagrożeń fizycznych.

Prawidłowe i nieprawidłowe odpowiedzi studentów na poszczególne pytania zawarte w teście wiedzy na temat zagrożeń i uciążliwych warunków pracy pielęgniarzek prezentuje **rycyna 1**.



Rycina 1. Wiedza studentów na temat zagrożeń i uciążliwych warunków pracy pielęgniarzek

Figure 1. Knowledge of nursing students about the threats and onerous working conditions of nurses

Źródło: opracowanie własne

Source: author's own analysis

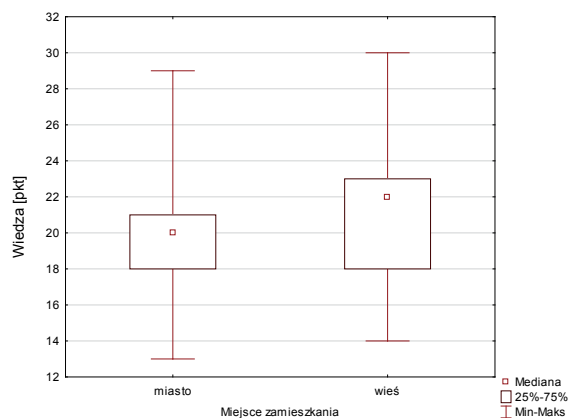
Samoocena wiedzy badanych na temat zagrożeń i uciążliwych warunków pracy pielęgniarzek

Warto przytoczyć rezultaty dotyczące samooceny w zakresie wiedzy studentów na temat zagrożeń i uciążliwych warunków pracy pielęgniarzek: 66% respondentów ocenia poziom swojej jako niepełny, 20% zadowolający, a 13% osób – jako słaby. Tylko jeden student podał, że nie posiada żadnej wiedzy na temat będący przedmiotem badań.

Analiza zależności przyjętych zmiennych

Pomiędzy płcią i wiekiem a poziomem wiedzy studentów nie istniał istotny statystycznie związek. Wiedza studentów mieszkających na wsi okazała się wyższa niż u studentów mieszkających w mieście i różnica ta była istotna statystycznie ($p = 0,0288$) (**Rycina 2**). Biorąc pod uwagę wykształcenie, stwierdzono, że średnia poziomu wiedzy jest najwyższa u studentów, którzy mają tytuł licencjata, a najniższa u studentów, którzy mają wykształcenie średnie, jednak podobnie jak tryb studiów, nie miało to

istotnego znaczenia statystycznie. Stopień studiów miał wpływ na poziom wiedzy studentów, była ona wyższa u studentów będących na II stopniu studiów niż u studentów będących na I stopniu studiów ($p = 0,0146$) (**Rycina 3**), w przeciwieństwie do posiadania przez badanych specjalizacji, kursów dodatkowych, rodzaju i specyfiki oddziały na którym pracowali a nawet stażu pracy w zawodzie. Zmienne te, co było zaskakujące, nie miały wpływu na poziom wiedzy studentów na temat zagrożeń i uciążliwych warunków pracy pielęgniarzek. Podkreślenia wymaga jednak związek pomiędzy wiedzą a samooceną. Zakres wiedzy był wyższy u studentów, którzy byli świadomi swoich wiadomości, posiadanego doświadczenia i zadowolająco oceniali swoje kompetencje zawodowe, a najniższy u studentów, którzy ocenili swój poziom wiedzy jako niepełny ($p = 0,0007$) (**Rycina 4**).

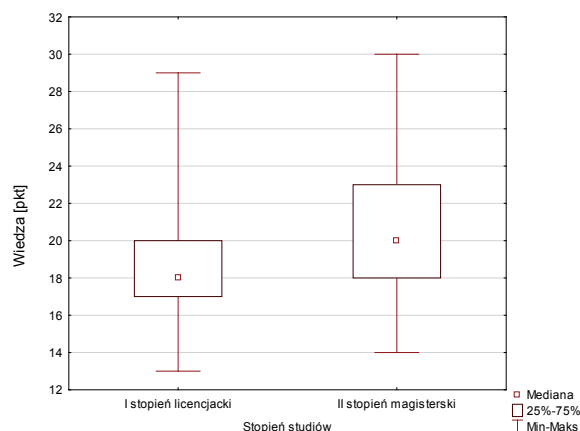


Rycina 2. Poziom wiedzy studentów na temat zagrożeń i uciążliwych warunków pracy pielęgniarzek a miejsce zamieszkania ($p = 0,0288$)

Figure 2. The level of students' knowledge about the threats and onerous working conditions of nurses vs place of residence ($p = 0,0288$)

Źródło: opracowanie własne

Source: author's own analysis

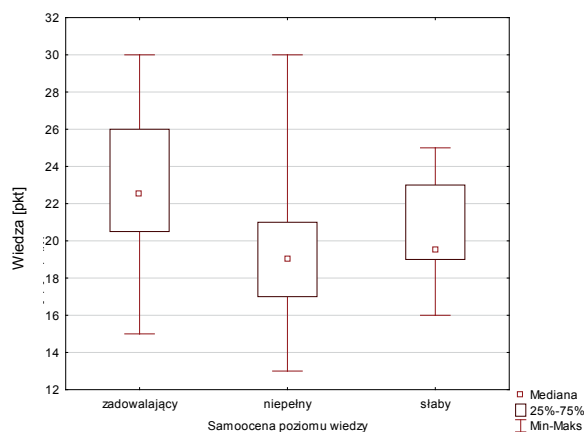


Rycina 3. Poziom wiedzy studentów na temat zagrożeń i uciążliwych warunków pracy pielęgniarzek a stopnia stopni studiów ($p = 0,0146$)

Figure 3. The level of students' knowledge about the threats and onerous working conditions of nurses vs the level of study ($p = 0,0146$)

Źródło: opracowanie własne

Source: author's own analysis



Rycina 4. Poziom wiedzy studentów a samoocena poziomu wiedzy na temat zagrożeń i uciążliwych warunków pracy pielęgniarek ($p = 0,0007$)
Figure 4. The level of students' knowledge about the threats and onerous working conditions of nurses vs self-esteem ($p = 0,0007$)

Źródło: opracowanie własne
 Source: author's own analysis

Dyskusja

Należyta wiedza na temat zagrożeń i uciążliwych warunków pracy pielęgniarek, z uwagi na szereg zagrożeń powiązanych z wykonywaniem zawodu, powinna być nieodzowna w tej profesji [23]. W polskiej literaturze naukowej jest niewiele publikacji nawiązujących bezpośrednio do całościowej oceny wiedzy studentów kierunku pielęgniarstwa na temat zagrożeń i uciążliwych warunków pracy zawodowej; najczęściej badania te dotyczą narażenia zakażeniem wirusami HIV oraz HBV i HCV [7, 24]. Znaczna grupa badaczy za grupę docelową obiera pielęgniarki, nie wyodrębniając pielęgniarek studiujących i opiera swe badania na analizie wiedzy z zakresu zakażeń krwiopochodnych wraz z profilaktyką [10, 23, 25, 26, 27].

Wyniki badań własnych, które zostały oparte na analizie odpowiedzi udzielonych w autorskim teście, wykazały, iż posiadana przez studentów pielęgniarstwa wiedza kształtuje się na niewystarczającym i wymagającym uzupełnienia poziomie. Zbliżone wyniki dotyczące wiedzy studentów pielęgniarstwa odnośnie profilaktyki zakażeń HBV i HCV uzyskali Michalik i wsp. [7]. Natomiast odmienne rezultaty przyniosła ocena wiedzy studentów pielęgniarstwa dokonana przez Symon i Gotlib [28] oraz Van Damme-Ostapowicz K. i wsp. [23] w województwie podlaskim. Warto również przyrzeć się badaniom przeprowadzonym w grupie zawodowej pielęgniarek. Analiza wykazała, że wiedza czynnych zawodowo pielęgniarek na temat zakażeń związanych z opieką zdrowotną jest na bardzo różnym poziomie [25, 26]. W swoich badaniach Bilski i Wysocki [27] wyciągnęli wniosek, iż wiedza pielęgniarek w zapobieganiu niepożądanych zdarzeń oraz w zakresie prewen-

cji poekspozycyjnej wykazuje istotne braki. Podobnie jak w przypadku rozpoznawania i narażenia na szereg czynników chemicznych i fizycznych w placówkach ochrony zdrowia [10].

W analizie przeprowadzonych badań własnych wykazano, iż studenci są świadomi posiadanej przez siebie wiedzy, zwłaszcza w przypadku studentów, którzy uważają iż ich wiedza plasuje się na poziomie zadowalającym. Przyglądając się wynikom innych badań, można powiedzieć, że samoocena wypadła w sposób bardziej zróżnicowany. W badaniach przeprowadzonych przez Kuriatę i wsp. [10] oraz Laskowską i wsp. [25] także wykazano, że pielęgniarki dobrze oceniły posiadaną przez siebie wiedzę. Odwrotne wyniki uzyskano w badaniach Garus-Pakowskiej i Szatko [26], gdzie badana grupa pielęgniarek wysoko oceniła własną wiedzę, co niestety nie znalazło swojego odzwierciedlenia w końcowej analizie.

Biorąc pod uwagę uzyskane wyniki i analizując przeprowadzone wcześniej badania, warto zastanowić się nad istotą niskiego poziomu wiedzy z zakresu niebezpiecznych warunków pracy na stanowisku pielęgniarki. Z racji, iż niską wiedzę posiadają nie tylko studenci, lecz również czynne zawodowo osoby, można domniemywać, iż źródło braku wiedzy może wynikać z kilku czynników: systemu nauczania, przygotowywania do zawodu, braku wewnętrznej motywacji lub wręcz determinacji do pogłębiania wiedzy w ramach dalszego rozwoju zawodowego. Zdarza się, że podczas kursów doskonalących czy nawet odbywania specjalizacji, treści odnoszące się do szkodliwych czynników pracy na stanowisku pielęgniarki traktowane są marginalnie, a w toku odbywania studiów poruszane są w ramach niewielu przedmiotów. Idealnym rozwiązaniem byłoby usystematyzowanie i nieustanne aktualizowanie powyższych treści, dogłębne ich omawianie w toku studiów, a następnie w ramach cyklicznych szkoleń wewnętrznych, tzw. wewnątrzoddziałowych, już w warunkach pracy zawodowej. Niewykluczone, że okresowe obowiązkowe szkolenia BHP w zakładach pracy okazują się niewystarczające. Zatem może warto również zaproponować rozszerzone szkolenia i bardziej sprofilowane szkolenia BHP w miejscu pracy, może nawet częściej niż obecnie się to praktykuje.

Wnioski

1. Wiedza studentów na temat zagrożeń i uciążliwych warunków pracy pielęgniarek jest na niewystarczającym poziomie.
2. Studenci są świadomi posiadanej przez siebie wiedzy i ewentualnych braków.
3. Miejsce zamieszkania, stopień studiów oraz samoocena mają wpływ na posiadaną przez studentów wiedzę na temat zagrożeń i uciążliwych warunków pracy na stanowisku pielęgniarki.

Piśmiennictwo

1. Najder A, Potocka A. Psychospołeczne zagrożenia zawodowe i ich związek ze zdrowiem oraz funkcjonowaniem zawodowym pracowników ochrony zdrowia. *Pielęgniarstwo Polskie* 2015, nr 3 (57): 313–320.
2. Roszak A. Zawodowe zagrożenia biologiczne pracowników medycznych. *Pielęgniarstwo Polskie* 2009, 4(34): 310–31.
3. Biłski B, Wysocki J. Szkodliwe czynniki biologiczne na stanowisku pracy pielęgniarki. Zakażenia szpitalne. Rozdz. w: Higiena pracy w pielęgniarstwie. Wybrane zagadnienia. Red: Bliski B, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 2009, 11–40.
4. Żółtańska J, Bujanowska M. Zawodowe zagrożenia zdrowia pracowników ochrony zdrowia w miejscu pracy, Zeszyty Naukowe Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Witelona w Legnicy 2010, 6, 47–73.
5. Świątkowska B. Zagrożenia zawodowe pracowników opieki zdrowotnej: Co wiemy i co możemy zrobić? *Probl Hig Epidemiol* 2010, 91(4): 522–529.
6. Waga I. Zagrożenia czynnikami biologicznymi w miejscu pracy. Główny Inspektorat Pracy, Warszawa 2009.
7. Michalik A, Krawczyk D, Zalewska-Puchała J, Bryska E. Ocena wiedzy studentów pielęgniarstwa na temat profilaktyki zakażeń HBV i HCV – doniesienie wstępne. *Problemy Pielęgniarstwa* 2012, 20 (4): 466–472.
8. Kowalczyk K, Krajewska-Kułak E, Van Dame-Ostapowicz K, Kułak W. Narażenie na czynniki niebezpieczne i szkodliwe w pracy pielęgniarek i położnych. *Problemy pielęgniarstwa* 2010; 18 (3): 353–357.
9. Dąbrowski T, Dąbrowska EA. Leki cytostatyczne i ich kancerogenność- problem zagrożenia zawodowego personelu medycznego. *Współczesna Onkologia* 2007, 11 (2): 101–105.
10. Kuriata E, Felińczak A, Szachniewicz M, Pawlas K, Grzebieluch J, Kiedik D, Fal A.M. Rozpoznawanie przez pielęgniarki szkodliwych czynników chemicznych i fizycznych na stanowiskach pracy w szpitalu. *Family Medicine & Primary Care Review* 2012, 14, 1:29–36.
11. Wałusiak-Skorupa J. Choroby alergiczne o etiologii zawodowej u pracowników ochrony zdrowia. Rozdz. w: Higiena pracy w pielęgniarstwie. Wybrane zagadnienia. Red: Bliski B, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 2009, 63–82.
12. Wilczyńska U, Szeszenia-Dąbrowska N. Choroby zawodowe spowodowane działaniem promieniowania jonizującego w Polsce w latach 1971-2006. *Medycyna Pracy* 2008, 59 (1): 1–8.
13. Żyznawska J, Ćwiertnia B, Madetko R. Dolegliwości bólowe kręgosłupa w grupie zawodowej pielęgniarek i położnych. *Pielęgniarstwo chirurgiczne i angiologiczne* 2011; 2: 54–59.
14. Burdelak W, Peptórska B. Praca w nocy a zdrowie pielęgniarek i położnych – przegląd literatury. *Medycyna Pracy* 2013; 64(3): 397–418.
15. Bytnar B. Jakość życia instrumentariuszki pracującej w systemie zmianowym. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego* 2010; 2: 205–212.
16. Brudnowska J, Peptórska B. Praca zmianowa nocna a ryzyko choroby nowotworowej – przegląd literatury. *Medycyna Pracy* 2011; 62(3): 323–338.
17. Łodzińska J. Stres zawodowy narastającym zjawiskiem społecznym. *Seminare* 2010, T. 28, 125–138.
18. Wzorek A. Porównanie przyczyn stresu wśród pielęgniarek pracujących na oddziałach o różnej specyfice. *Studia medyczne* 2008; 11: 33–37.
19. Kędra E, Nowocień M. Czynniki stresogenne a ryzyko wypalenia zawodowego w pracy pielęgniarek. *Pielęgniarstwo Polskie* 2015, nr 3 (57): 293–306.
20. Swoińska K, Kretowicz K, Gaworska-Krzemińska A, Świetlik D. Wypalenie zawodowe i satysfakcja zawodowa w opinii pielęgniarek. *Problemy pielęgniarstwa* 2012; 20 (3): 361–368.
21. Kozłowska L, Doboszyńska A. Mobbing w grupie zawodowej pielęgniarek. *Problemy pielęgniarstwa* 2012; 20 (4): 524–528.
22. Basińska B, Wilczek-Rużyczka E. Zespół wypalenia zawodowego i zmęczenie w kontekście pracy zmianowej i stresu zawodowego wśród pielęgniarek chirurgicznych. *Przegląd Psychologiczny* 2011, 54 (1): 99–113.
23. Van Damme-Ostapowicz K, Krajewska-Kułak E, Olszański R, i wsp. Analiza wiedzy studentów pielęgniarstwa w województwie podlaskim na temat chorób zakaźnych i zakażeń szpitalnych. *Probl Hig Epidemiol* 2009, 90(4): 613–620.
24. Symon A, Gotlib J. Próba oceny wiedzy studentów Pielęgniarstwa na temat wirusa HIV i zagadnień dotyczących AIDS. *Pielęgniarstwo XXI wieku* nr 1 (42)/2013: 27–32.
25. Łaskowska A, Krajewska-Kułak E, Łukaszyk C, i wsp. Analiza wiedzy pielęgniarek na temat zakażeń związanych z opieką zdrowotną. *Probl Hig Epidemiol* 2007, 88(3): 348–353.
26. Garus-Pakowska A, Szatko F. Wiedza pielęgniarek na temat zakażeń związanych z opieką zdrowotną. *Probl Hig Epidemiol* 2009, 90(1): 62–66.
27. Biłski B, Wysocki J. Analiza wiedzy pielęgniarek w zakresie profilaktyki poekspozycyjnej zakażeń krwipochodnych na stanowisku pracy. *Medycyna Pracy* 2005; 56(5): 375–378.
28. Symon A, Gotlib J. Próba oceny wiedzy studentów Pielęgniarstwa na temat wirusa HIV i zagrożeń dotyczących AIDS. *Pielęgniarstwo XXI wieku* nr 1 (42)/2013: 27–32.

Artykuł przyjęty do redakcji: 26.04.2018

Artykuł przyjęty do publikacji: 16.10.2018

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.

Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:

Magdalena Strugała
ul. H. Święcickiego 6
60-781 Poznań, Coll. Anatomicum, III piętro
tel. 61 854-6487
e-mail: magdastruga@ump.edu.pl;
Pracownia Pielęgniarstwa Społecznego
Katedra i Zakład Profilaktyki Zdrowotnej
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

WYBRANE ASPEKTY UMIEJĘTNOŚCI PRZYWÓDCZYCH A SATYSFAKCJA Z PRACY I ŻYCIA POŁOŻNYCH

SELECTED ASPECTS OF LEADERSHIP SKILLS AND MIDWIVES' WORK AND LIFE SATISFACTION

Mariusz Jaworski^{1,a}, Mariusz Panczyk^{1,b}, Małgorzata Skubek^{2,c}, Aleksander Zarzeka^{1,d}, Joanna Gotlib^{1,e}

¹ Zakład Dydaktyki i Efektów Kształcenia, Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny

² Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny

^a <https://orcid.org/0000-0002-5207-8323>

^b <https://orcid.org/0000-0003-1830-2114>

^c <https://orcid.org/0000-0003-4246-0251>

^d <https://orcid.org/0000-0003-4171-9903>

^e <https://orcid.org/0000-0002-2717-7741>

DOI: <https://doi.org/10.20883/pielpol.2019.23>

STRESZCZENIE

Wstęp. Wysoki poziom satysfakcji położnych z wykonywanej pracy może stanowić ważny element opieki medycznej nad pacjentem, ale także warunkuje ogólne zadowolenie z własnego życia. W związku z tym analiza czynników wpływających na poziom satysfakcji z pracy jest ważnym wyzwaniem współczesnej opieki zdrowotnej. Kluczowe znaczenie w tym kontekście mogą mieć umiejętności przywódcze.

Cel. Celem pracy była analiza związku między nasileniem wybranych umiejętności przywódczych, a subiektywnym poziomem satysfakcji z wykonywanej pracy i ogólnego zadowolenia z własnego życia aktywnych zawodowo położnych.

Materiał i metody. Grupę osób badanych stanowiło 231 aktywnych zawodowo położnych. Badania przekrojowe przeprowadzono w okresie od stycznia do kwietnia 2018 roku. Do pomiaru analizowanych zmiennych wykorzystano trzy wystandaryzowane narzędzia badawcze: Kwestionariusz Samooceny Autentycznego Przywództwa (ALSAQ) – samoświadomość oraz transparentność relacyjna, Skala Satysfakcji z Życia (SWLS), Skala Satysfakcji z Pracy (SSP). W celu oceny korelacji między wybranymi zmiennymi wyznaczano współczynniki rho-Spearmana.

Wyniki. Poziom satysfakcji z pracy położnych wykazuje dodatni związek z postrzeganą jakością własnego życia ($\rho = 0,25$; $p < 0,05$). Dodatkowo, istnieje dodatnia zależność między wymiarem samoświadomości (podskala ALSAQ), a jakością życia położnych ($\rho = 0,20$; $p < 0,05$). W przypadku transparentności relacyjnej, odnotowano dodatni związek z nasileniem satysfakcji z wykonywanej pracy ($\rho = 0,16$; $p < 0,05$).

Wnioski. Podejmowanie działań mających na celu kształtowanie i doskonalenie umiejętności przywódczych położnych może pozytywnie wpływać na ich subiektywną ocenę zadowolenia z wykonywanej pracy oraz satysfakcję z jakości własnego życia. Skutkować to może większym zaangażowaniem w wykonywaną pracę, a pośrednio w zwiększenie efektywności opieki nad pacjentem.

SŁOWA KLUCZOWE: satysfakcja z pracy, przywództwo, położnictwo, jakość życia.

ABSTRACT

Introduction. A high level of midwives' work satisfaction not only can be an important element of medical care, especially in the case of the patient, but also determines the overall life satisfaction. Therefore, the analysis of factors affecting the level of work satisfaction is an important challenge for modern healthcare. Leadership skills can be of key importance in this context.

Aim. The aim of the study was to analyze the relationship between the level of selected leadership skills and the subjective level of work and life satisfaction of professionally active midwives.

Material and methods. A study group consisted of 231 professionally active midwives. Cross-sectional studies were carried out from January to April 2018. Three standardized research tools were used to measure the analyzed variables: Authentic Leadership Self-Assessment Questionnaire (ALSAQ) - self-awareness and relational transparency; Life Satisfaction Scale (SWLS) and Work Satisfaction Scale (SSP). The rho-Spearman coefficients were determined in order to assess the correlation between selected variables.

Results. The level of midwives work satisfaction had a positive relation with the perceived quality of life ($\rho = 0,25$, $p < 0,05$). In addition, there was a positive relationship between the dimension of self-awareness (ALSAQ subscale) and the midwives' quality of life ($\rho = 0,20$, $p < 0,05$). In the case of relational transparency, there was a positive correlation with the level of work satisfaction ($\rho = 0,16$, $p < 0,05$).

Conclusions. Undertaking activities aimed at shaping and improving midwives' leadership skills may have a positive influence on assessment of work and life satisfaction. This may result in greater involvement in work, as well as indirectly in increasing the effectiveness of patient care.

KEYWORDS: work satisfaction, leadership, midwifery, quality of life.

Wprowadzenie

Praca zawodowa położnych wymaga pełnego zaangażowania, aby była wykonywana z zachowaniem najwyższych standardów. W codziennej pracy klinicznej położne mają styczność z wieloma różnymi sytuacjami (np. sytuacjami stresowymi i trudnymi), które mogą wpływać na poziom ich satysfakcji z wykonywanej pracy. Należy zaznaczyć, że odpowiednie zaangażowanie w pracę przekłada się na jakość opieki, poziom zadowolenia oraz poczucie bezpieczeństwa pacjentów [1, 2]. Związek między środowiskiem pracy pielęgniarek, a wynikami opieki nad pacjentem i wynikami pracowników pielęgniarskich jest niepodważalny [3, 4]. Niepożądane zdarzenia wśród pacjentów, takie jak upadki, zakażenia szpitalne, błędy w stosowaniu leków i śmiertelność, były związane ze środowiskiem pracy pielęgniarek. Również środowisko pracy wpływa na rotacje wśród pracowników ochrony zdrowia, wypalenie zawodowe i większą absencję. Zmniejsza również zadowolenie i satysfakcję z wykonywanej pracy, a tym samym wpływa na jej efektywność. Te niepożądane czynniki stanowią obciążenie dla organizacji pracy w ochronie zdrowia, co za tym idzie, należy podjąć działania mające na celu poprawę środowiska pracy [5].

Wpływ na satysfakcję zawodową ma atmosfera panująca w środowisku pracy. Natomiast na jakość i atmosferę w środowisku pracy wpływ mają postawy autentyczne. Według Nieuwenhuyzen [6] zdrowe środowisko pracy to takie, które jest satysfakcjonujące i spełnia indywidualne potrzeby każdej jednostki. W związku z tym autentyczne przywództwo jest proponowane jako podstawa skutecznego przywództwa potrzebnego do budowania zaufania i zdrowszego środowiska [6]. Autentyczne przywództwo może mieć pozytywny wpływ na zadowolenie z pracy dzięki zaangażowaniu, wzmocnieniu strukturalnemu i wspieraniu praktyki zawodowej.

W literaturze istnieje wiele definicji przywództwa. Pośród różnych koncepcji w ostatnich latach zwraca się szczególną uwagę na koncepcję przywództwa autentycznego, zaproponowaną przez Avolio i wsp. [7]. Omawiani badacze definiują autentyczne przywództwo jako: „zbiór wzajemnie powiązanych zachowań liderów w zakresie ich działań wobec zwolenników, podejmowania etycznych decyzji i wykorzystywania informacji”. W tej koncepcji przywództwa wyróżnia się cztery komponenty, które składają się na obraz autentycznego przywódcy. Są to: transparentność, samoświadomość, otwartość na informacje zwrotną oraz etyczność/mo-

ralność. Walumbwa i wsp. [8] określają autentyczne przywództwo jako: wzorzec zachowań przywódczych, który czerpie i promuje zarówno pozytywne zdolności psychologiczne, jak i pozytywny klimat etyczny organizacji. Należy pamiętać, że wpływ autentycznego przywództwa zależy od stopnia, w jakim wartości takie jak uczciwość, przejrzystość i sprawiedliwość są wspólne dla pozostałych członków grupy [9].

Autentyczni przywódcy wiedzą, kim są, uznają wartości i w swoim postępowaniu są przejrzysti, zwiększają zaufanie wśród współpracowników, przyczyniając się do poprawy atmosfery w środowisku pracy [10]. Wspólną zaletą autentycznych przywódców jest kierowanie się zasadami etycznymi, dbanie o dobro wspólne, robienie tego, co dobre dla innych, poprzez kierowanie się wewnętrznym sumieniem. Pozytywne zdolności psychologiczne autentycznych przywódców mają na celu poprawę atmosfery pracy [8].

Należy pamiętać, że praca zawodowa stanowi istotny element życia człowieka, ponieważ jakość życia zawodowego niewątpliwie wpływa na ogólne zadowolenie jednostki [11, 12]. Satysfakcja zawodowa oraz jakość życia w ostatnich latach stanowią jeden z częściej opisywanych i badanych problemów, zarówno przez nauki ekonomiczne, jak i społeczne. Szczególnym obszarem badawczym jest próba określenia roli umiejętności przywódczych w budowaniu poczucia satysfakcji zawodowej i jakości życia.

Cel pracy

Celem pracy była analiza związku między nasileniem umiejętności przywódczych a subiektywnym poziomem satysfakcji z wykonywanej pracy i ogólnego zadowolenia z własnego życia aktywnych zawodowo położnych.

Materiał

Grupę osób badanych stanowiło 231 aktywnych zawodowo położnych. Kryteria włączenia do badania obejmowały: 1) Bycie aktywną zawodowo położną; 2) Staż pracy minimum 2 miesiące; 3) Świadoma zgoda na udział w badaniu. Natomiast kryteria wyłączenia obejmowały: 1) Nie podejmowanie pracy w zawodzie położnej; 2) Staż pracy krótszy niż 2 miesiące; 3) Brak zgody na udział w badaniu.

Średni wiek kobiet położnych biorących udział w badaniu mieścił się w przedziale od 23 do 60 lat ($M = 33,5$ lat; $SD = 8,79$). Charakterystyka socjodemograficzna oraz zawodowa położnych biorących udział w badaniu została zaprezentowana w **tabeli 1**.

Tabela 1. Socjodemograficzna oraz zawodowa charakterystyka badanej próbki

Table 1. Sociodemographic and occupational characteristics of the sample

Zmienna/Variable	N (%)
Stan cywilny/Marital status	
Wolny/Single	72 (31.2)
W związku/In relationship	139 (60.2)
Rozwiedziona/Divorced	19 (8.2)
Brak danych/Lack of data	1 (0.4)
Wykształcenie/Education status	
Średnie/Medium	12 (5.2)
Licencjat/Licenciate	70 (30.3)
Magisterium/Magisterium	149 (64.5)
Miejsce pracy/Work place	
Szpital miejski lub kliniczny/City hospital or clinical hospital	198 (85.7)
Własna praktyka kliniczna/ Own clinical practice	34 (14.7)
Przychodnia lub gabinet lekarski/ Outpatient clinic or doctor's office	54 (23.4)
Inny/ Other	18 (7.8)
Wymiar czasu trwania pracy/Work duration	
12 godzinny/12 hours	179 (77.5)
8 godzinny/8 hours	30 (13.0)
24 godzinny/24 hours	4 (1.7)
Inny/other	18 (7.8)

¹ Badani mogli wskazać więcej niż jedno miejsce pracy/ *the respondents could chose more than one place of work*

Źródło: Opracowanie własne

Source: author's own analysis

Położne uczestniczące w badaniu scharakteryzowano także pod względem liczby miejsc pracy, w których są zatrudnione. Jedno miejsce pracy deklaroowało 48,05% ($n = 111$) położnych, natomiast 51,95% ($n = 120$) respondentek wskazywało dwa miejsca pracy. Położne biorące udział w badaniu charakteryzowały się średnim 10 letnim stażem pracy ($SD = 9,20$). Położne uczestniczące w badaniu scharakteryzowano także pod względem stażu pracy w obecnym miejscu pracy. Na podstawie uzyskanego materiału empirycznego można zauważyć, że średni czas pracy położnych w obecnym miejscu pracy wynosił 7 lat ($SD = 0,20$). Przy czym w analizowanej grupie znalazły się zarówno położne, które rozpoczynają pracę w danej placówce (np. ich staż pracy wynosi 2 miesiące) oraz takie, które pracowały w tej placówce od 35 lat.

Położne biorące udział w badaniu analizowano również pod względem systemu pracy. W systemie 12-godzinny pracowało najwięcej położnych, natomiast najmniejszą liczbę stanowiły położne deklarujące pracę po 24 godziny (**Tabela 1**). W kategorii „inne”: znalazły się położne, które zadeklarowały czas pracy jako „nieokreślony”, położne pracujące 3, 4 razy w tygodniu oraz takie, które pełniły dyżury i określiły swój czas pracy jako „nienormowany” oraz „dyspozycyjność”.

Metody

Badania zostały przeprowadzone w okresie od stycznia do kwietnia 2018 roku. Osobami objętymi badaniem były położne aktywne zawodowo, pracujące w pięciu różnych placówkach służby zdrowia na terenie Warszawy (trzy szpitale – miejskie lub kliniczne oraz dwie specjalistyczne poradnie ginekologiczno-położnicze). Badania miały charakter dobrowolny i anonimowy. Do pomiaru analizowanych zmiennych wykorzystano trzy wystandaryzowane narzędzia badawcze: 1) Kwestionariusz Samooceny Autentycznego Przywództwa (ALSAQ); 2) Skala Satysfakcji z Życia (SWLS); 3) Skala Satysfakcji z Pracy (SSP).

Kwestionariusz Samooceny Autentycznego Przywództwa została opracowana przez Walumbwa i współpracowników [8]. ALSAQ jest rekomendowany przez Northouse [13] do praktycznych zastosowań w celu dokonania samooceny. Pomiar pozwala ocenić najsilniejsze i najsłabsze składowe autentycznego przywództwa [8]. Polskiej adaptacji ALSAQ dokonali Gotlib J, Panczyk M, Jaworski M (dane in press). W polskiej wersji ALSAQ-P potwierdzono istnienie tylko trzech wymiarów. Są to: moralne postępowanie (moral processing), samoświadomość (self-awareness) oraz transparentność relacyjna (relational transparency). Jednakże w prezentowanej pracy wykorzystano wyłączenie dwie podskale ALSAQ – samoświadomość oraz transparentność relacyjna. W prezentowanym badaniu nie analizowano wymiaru moralnego postępowanie (moral processing), ponieważ na tej skali odnotowano najwięcej braków odpowiedzi. W związku z niekompletnymi danymi na tej podskali zdecydowano się nie uwzględnić jej w dalszych analizach. Polska wersja ALSAQ cechuje się zadowalającymi właściwościami psychometrycznymi. Na przykład, wartość współczynnika alfa Cronbacha dla polskiej wersji ALSAQ wynosi dla skali moralne postępowanie (moral processing) =0,783; dla skali samoświadomość (self-awareness) =0,663; oraz dla skali transparentność relacyjna (relational transparency) =0,595. Badani oceniają poszczególne stwierdzenia na pięciostopniowej skali Likerta, gdzie: 1 – zdecydowanie się nie zgadzam; 5 – Zdecydowanie się zgadzam.

Skala Satysfakcji z Życia (SWLS) wykorzystywana jest do badania subiektywnie postrzeganego poczucia satysfakcji z własnego życia. Skala SWLS została opracowana przez Ed Diener, Robert A. Emmons, Randy J. Larsen i Sharon Griffin. Polskiej adaptacji dokonał Z. Juczyński [14]. Polska wersja SWLS składa się z 5. twierdzeń. Na każde z twierdzeń respondent odpowiada zgodnie z 7-stopniową skalą, gdzie 1 – zupełnie nie zgadzam się; 7 – całkowicie zgadzam się. Ogólne wyniki satysfakcji z życia wylicza się poprzez sumowa-

nie punktów z poszczególnych twierdzeń. Skala SWLS cechuje się zadowalającymi właściwościami psychometrycznymi. Na przykład wartość współczynnika alfa Cronbacha, czyli wskaźnika rzetelności testu, dla oryginalnej wersji SWLS wynosi 0,870 [14].

Skala Satysfakcji z Pracy (SPP) została zastosowana w celu pomiaru poznawczego aspektu ogólnego zadowolenia z pracy. Skala SPP została opracowana przez Zalewską i składa się z pięciu stwierdzeń, które poprzedzone są krótką instrukcją. Respondent proszony jest o odpowiedzenie na wszystkie pięć stwierdzeń z wykorzystaniem 7-punktowej skali, gdzie 1 – zdecydowanie się nie zgadzam; 7 – zdecydowanie się zgadzam. Ogólne wyniki satysfakcji z pracy wylicza się poprzez sumowanie punktów z poszczególnych twierdzeń. Skala SSP cechuje się zadowalającymi właściwościami psychometrycznymi. Wartość współczynnika alfa Cronbacha dla tej skali wynosi 0,864 [15].

Analiza statystyczna

Analizy statystyczne wykonano przy zastosowaniu programu statystycznego STATISTICA 13 zgodnie z licencją Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Poziom istotności statystycznej przyjęto na poziomie $\alpha = 0,05$. Analiza oceny zgodności rozkładu analizowanych zmiennych z rozkładem normalnym przeprowadzona przy wykorzystaniu testu *Shapiro-Wilka* wykazała, że omawiane zmienne nie cechują się rozkładem normalnym. W związku z tym do oceny związku między zmiennymi wykorzystano współczynniki korelacji rho-Spearmana.

Wyniki

Ocena poziomu satysfakcji z pracy w grupie badanych położnych

Położne biorące udział w badaniu scharakteryzowano także pod względem subiektywnie ocenianej jakości życia oraz poziomu satysfakcji z wykonywanej pracy (**Tabela 2**). Analizowana grupa położnych cechowała się wysokim poziomem satysfakcji z wykonywanej pracy. Respondentki także wysoko oceniły ogólny poziom zadowolenia z własnego życia.

Na podstawie wytycznych zaprezentowanych przez Juczyńskiego [14] wyniki położnych na skali satysfakcji z życia podzielono na trzy kategorie: (I) wartości niskie – wynik surowy 5–17 pkt; (II) wartości przeciętne – wynik surowy 18–23 pkt oraz (III) wartości wysokie – wynik surowy 24–35 pkt. Z zastosowanego podziału wynika, że dominujący procent położnych biorących udział w badaniu cechował się wysokim nasileniem subiektywnie ocenianej satysfakcji z życia (44,16%; $n = 102$). Przeciętne zadowolenie z jakości własnego życia cechowało 38,09% ($n=88$) badanych położnych, a niskie – 17,75% ($n = 41$).

Tabela 2. Charakterystyka respondentek pod względem analizowanych zmiennych

Table 2. Characteristics of respondents in terms of analyzed variables

Zmienna/variable	M	Mdn	Min	Max	Q1	Q3	SD
Poziom satysfakcji z pracy/ <i>The level of work satisfaction</i>	22,37	23,00	5,00	35,00	19,00	26,00	6,13
Subiektywnie oceniany poziom satysfakcji z życia/ <i>Subjectively assessed level of life satisfaction</i>	22,48	23,00	6,00	35,00	20,00	26,00	5,51

Legenda: M – średnia; Mdn – Mediana; Min. – minimalna wartość analizowanej zmiennej; Max. – maksymalna uzyskana wartość analizowanej zmiennej; dolny Q1 – dolny kwartyl; Q3 – górny kwartyl; SD – odchylenie standardowe.

Legend: M – mean; Mdn – Median; Min. – minimum value of the analyzed; Max. – maximum value of the analyzed variable; Q1 – lower quartile; Q3 – upper quartile; SD – standard deviation.

Źródło: Opracowanie własne

Source: author's own analysis

W celu dokładniejszej analiz dokonana szczegółowej analizy odpowiedzi położnych biorących udział w badaniu na każde twierdzenie zawarte w skali satysfakcji z pracy (SSP). Z przeprowadzonych analiz wynika, że położne wysoko oceniały swój poziom zadowolenia z pracy (Twierdzenie numer 3 w skali SSP: Jestem zadowolona z pracy) oraz deklarowały, że udało mi się osiągnąć w pracy to, co zamierzały (Twierdzenie numer 4 w skali SSP: Jak dotąd w pracy udało mi się osiągnąć to, czego chciałam). Znaczna część uczestniczek badania deklarowała także, że gdyby miała decydować jeszcze raz, to wybrałyby tę samą pracę (Twierdzenie numer 5 na skali SSP: Gdybym miała decydować raz jeszcze, wybrałabym tę samą pracę). Natomiast najniżej, choć wysoko w kontekście skali, były to wyniki uznawane za wysokie, położne zgadzały się ze stwierdzeniem: Mam świetne warunki pracy. Szczegółowe dane zaprezentowano w **Tabeli 3**.

Tabela 3. Charakterystyka twierdzeń ze skali SSP

Table 3. Characteristics of statements from the SSP scale

Twierdzenie ze skali SSP/ <i>Statement from SSP scale</i>	M	Mdn	Min.	Max.	Q1	Q3	SD
Pod bardzo wieloma względami moja praca bliska ideałowi/ <i>My work is close to the ideal in many ways</i>	4,06	4,00	1,00	7,00	3,00	5,00	1,54
Mam świetne warunki pracy/ <i>The conditions of my work are excellent</i>	4,01	4,00	1,00	7,00	3,00	5,00	1,53
Jestem zadowolona z pracy/ <i>I'm satisfied with my job.</i>	4,76	5,00	1,00	7,00	4,00	6,00	1,43

Jak dotąd w pracy udawało mi się osiągnąć to, czego chciałam/
So far, I've succeeded in achieving my work goals

4,67 5,00 1,00 7,00 4,00 5,00 1,33

Gdybym miała decydować raz jeszcze, wybrałabym tę samą pracę/
If I was to decide again, I would choose the same job.

4,87 5,00 1,00 7,00 4,00 6,00 1,65

Legenda: M – średnia; Mdn – Mediana; Min. – minimalna wartość analizowanej zmiennej; Max. – maksymalna uzyskana wartość analizowanej zmiennej; dolny Q1 – dolny kwartył; Q3 – górny kwartył; SD – odchylenie standardowe.

Legend: M – mean; Mdn – Median; Min. – minimum value of the analyzed; Max. – maximum value of the analyzed variable; Q1 – lower quartile; Q3 – upper quartile; SD – standard deviation.

Źródło: Opracowanie własne

Source: author's own analysis

Związki satysfakcji z pracy a zadowoleniem z jakości własnego życia

Przeprowadzone analizy korelacji wykazały, że poziom satysfakcji z pracy położnych wykazywał dodatni związek z postrzeganą jakością własnego życia ($\rho=0,25$; $p<0,05$)

Ocena nasilenie wybranych wymiarów umiejętności przywódczych w analizowanej grupie

Położne biorące udział w badaniu scharakteryzowano także pod względem nasilenia umiejętności przywódczych, a w tym dwóch podwymiarów tej zmiennej – samoświadomości oraz transparentności relacyjnej. Szczegółową charakterystykę pod względem średniego poziomu omawianych wymiarów umiejętności przywódczych zaprezentowano w **Tabeli 4**.

Tabela 4. Wybrane umiejętności przywódcze

Table 4. Selected leadership skills

Wybrane umiejętności przywódczych/ Selected leadership skills	M	Mdn	Min.	Max.	Q1	Q3	SD
Samoświadomość/ Self-awareness	15,44	16,00	4,00	20,00	14,00	17,00	2,31
Transparentność relacyjna/ Relational transparency	10,68	11,00	3,00	15,00	9,00	12,00	2,26

Legenda: M – średnia; Mdn – Mediana; Min. – minimalna wartość analizowanej zmiennej; Max. – maksymalna uzyskana wartość analizowanej zmiennej; dolny Q1 – dolny kwartył; Q3 – górny kwartył; SD – odchylenie standardowe.

Legend: M – mean; Mdn – Median; Min. – minimum value of the analyzed; Max. – maximum value of the analyzed variable; Q1 – lower quartile; Q3 – upper quartile; SD – standard deviation.

Źródło: Opracowanie własne

Source: author's own analysis

Na podstawie danych zaprezentowanych przez Panczyk i współautorzy (Dane *in Press*) wyniki uzyskane na podskali transparentności relacyjnej stanowiącego podwymiar autentycznego przywództwa podzielono na trzy podgrupy: (I) niskie wartości – poniżej 8 pkt; (II) przeciętne wartości – od 8 do 12 pkt; (III) wysokie wartości – powyżej 12 pkt. Z zastosowanego podziału wynika, że dominujący procent położnych biorących udział w badaniu cechował się przeciętnym (46,32%; $n = 107$) lub wysokim (44,16%; $n = 102$) nasileniem zmiennej transparentności relacyjnej, stanowiącej jeden z ważnych wymiarów umiejętności przywódczych. Niskie nasilenie analizowanego wymiaru umiejętności przywódczych było charakterystyczne dla 9,52% ($n = 22$) badanych położnych.

W odniesieniu do podskali samoświadomość także zastosowano przygotowany przez Panczyk i współautorzy (Dane *in press*) podział na trzy podgrupy: (I) niskie wartości – poniżej 14 pkt; (II) przeciętne wartości – od 14 do 18 pkt; (III) wysokie wartości – powyżej 18 pkt. Dominujący procent położnych biorących udział w badaniu cechował się przeciętnym nasileniem zmiennej samoświadomości (75,76%; $n = 175$), stanowiącej jeden z ważnych wymiarów umiejętności przywódczych. Niskie wartości na omawianej skali były charakterystyczne dla 16,88% ($n = 39$) respondentek, natomiast wysokie – 7,36% ($n = 17$).

Związek między wybranymi wymiarami umiejętności przywódczych a satysfakcją z pracy i jakością życia

Przeprowadzona analiza korelacji przy zastosowaniu współczynnika korelacji Spermmana wykazała, że istnieje pozytywna zależność między wymiarem samoświadomości (podskala umiejętności przywódczych), a jakością życia położnych uczestniczących w badaniu. Takich zależności nie odnotowano w przypadku satysfakcji z pracy. Szczegółowe dane zaprezentowano w **tabeli 5**. W przypadku wymiaru transparentność relacyjna, odnotowano dodatni związek z nasileniem satysfakcji z wykonywanej pracy. Natomiast omawiany wymiar umiejętności przywódczych nie wykazywał związku z jakością życia położnych. Szczegółowe dane zaprezentowano w **Tabeli 5**.

Tabela 5. Analiza korelacyjna analizowanych zmiennych
Table 5. Correlation analysis of the analyzed variables

Wybrane umiejętności przywódczych/ <i>Selected leadership skills</i>	Współczynnik korelacji/ <i>correlation coefficient</i>	Poziom satysfakcji z pracy/ <i>Level of work satisfaction</i>	Poziom satysfakcji z życia/ <i>Level of life satisfaction</i>
Samoświadomość/ <i>Self-awareness</i>	rho	0,10	0,20 (p<0.05)
Transparentność relacyjna/ <i>Relational transparency</i>	rho	0,16 (P<0.05)	0,07

Źródło: Opracowanie własne
Source: author's own analysis

Dyskusja

Wyniki badań własnych wskazują, że położne biorące udział w badaniu cechowały się wysokim zadowoleniem z wykonywanej pracy. Na podstawie twierdzeń zawartych w SSP można zauważyć, że położne deklarowały, że udało mi się osiągnąć w pracy to, co zamierzały. Znaczna część uczestniczek badania deklarowała także, że gdyby miała decydować jeszcze raz, to wybrałyby tę samą pracę.

Prezentowane wyniki są zgodne z doniesieniami Rasińskiej i Nowakowskiej [16]. W badaniu tych autorów wykazano, że położne deklarowały pozytywną ogólną satysfakcję z pracy (56,5% jest średnio zadowolonych, 39,1% zadowolonych i tylko 4,3% niezadowolonych). Najmniej zadowolone były ze swoich dochodów i sytuacji finansowej, warunków materialnych oraz perspektyw życiowych [16]. W innym badaniu przeprowadzonym przez Kucharz [17] także wykazano wysoki poziom zadowolenia pielęgniarek z wykonywanej pracy. Należy jednak zaznaczyć, że pielęgniarki najniżej oceniały zadowolenie z wykonywanej pracy w kontekście satysfakcji finansowej. Pomimo tego znaczny procent aktywnych zawodowo pielęgniarek wysoko ceni swoją pracę i zazwyczaj deklaruje wysoki poziom zadowolenia z jej wykonywania [17]. Uważa się, że praca powinna być źródłem radości życiowej i dlatego zadowolenie z pracy ma ogromne znaczenie dla każdego, kto pracuje [18]. Analiza wyników badań Babiarczyk [19] dotycząca ogólnego zadowolenia położnych z pracy wykazała, że kształtuje się ono na poziomie średnim (2,9 pkt w 5-stopniowej skali). W badaniu tym stwierdzono zależność, że położne bardziej zadowolone z pracy istotnie rzadziej wyrażały chęć zmiany pracy i zawodu [19]. Babiarczyk [19] podkreśla również, że na pierwszym miejscu położne deklarowały zadowolenie ze współpracowników (aż 80,7% badanych było zadowolonych ze współpracowników, a połowa także ze współpracy

z lekarzami). Im bardziej położne były zadowolone z tego wymiaru, tym wyżej oceniały swe życie jako całość, rzadziej brały pod uwagę zmianę pracy czy zmianę zawodu i rzadziej czuły emocje negatywne, takie jak obawa i zmartwienie [19].

Położne biorące udział w badaniu scharakteryzowano także pod względem nasilenia umiejętności przywódczych, w tym dwóch podwymiarów tej zmiennej – samoświadomości oraz transparentności relacyjnej. Dominujący procent położnych biorących udział w badaniu cechował się przeciętnym lub wysokim nasileniem transparentności relacyjnej. Zdaniem Walumbwa i wsp. [8] transparentność relacyjną należy rozumieć jako stopień, w jakim lider potrafi być otwarty na relację z innymi, zwłaszcza otwartość na pomysły i opinie innych osób, a także na krytykę z ich strony. Wymiar samoświadomości cechował się przeciętnym nasileniem umiejętności przywódczych wśród badanych położnych. Samoświadomość w kontekście autentycznego przywództwa dotyczy wiedzy jednostki na temat własnych ograniczeń – zarówno słabych, jak i mocnych stron [8].

W literaturze przedmiotu podkreśla się, że wysoki poziom umiejętności przywódczych może być ważny w kontekście zwiększania satysfakcji i wydajności w pracy położnych [20]. Wong i wsp. [20] podkreślają, że w szczególności zachowania demonstrujące samoświadomość i zrównoważone przetwarzanie były ważne wśród badanych osób. Osoby, którzy mają silny system wartości, nie boją się przedstawiać go otwarcie i demonstrować oraz pokazywać, że ich etyczne standardy leżą u podstaw decyzji zapewniają komunikatywność i przejrzystość działań. Zaangażowanie personelu w podejmowanie decyzji i połączenie tych decyzji w cele jednostkowe zachęca do podnoszenia wyników pracy [20]. Uważa się również, że autentyczne przywództwo wpływa na wydajność, bazując na podkreślaniu mocnych stron ludzi, nieskupianiu się na słabościach. W literaturze dotyczącej zarządzania autentyczne przywództwo jest znaczącym predyktorem zadowolenia z pracy i zaangażowania organizacyjnego [8].

Dodatkowo istnieją dowody empiryczne łączące autentyczne przywództwo z pozytywnymi wynikami pacjentów i pielęgniarek, takimi jak lepsza jakość opieki nad pacjentem, zaangażowanie w pracę i zadowolenie z pracy [20, 21]. Organizacje opieki zdrowotnej mają możliwość rozwoju autentycznych liderów, którzy stworzą zdrowe środowisko pracy jako niezbędny element poprawy jakości opieki nad pacjentem i utrzymania odpowiedniej liczby personelu pielęgniarskiego [22].

Prezentowane wyniki wskazują na istnienie zależności między umiejętnościami przywódczymi położnych a poziomem ich satysfakcji z wykonywanej pracy. Szczególne znaczenie ma to w kontekście wymiaru transpa-

rentności relacyjnej, które wykazuje dodatni związek z nasileniem satysfakcji z wykonywanej pracy. A zatem można zauważyć, że im większa otwartość i akceptacja na pomysły w środowisku pracy położnych, tym większy poziom zadowolenia z podejmowanej pracy klinicznej, a także większe zaangażowanie w podejmowane aktywności zawodowe. Jest to zgodne z koncepcją autentycznego przywództwa, które ma pozytywny wpływ na zadowolenie z pracy dzięki zaangażowaniu w pracę, wzmocnieniu strukturalnemu i wsparciu dla praktyki zawodowej [20, 22, 23]. Dodatkowo Laschinger i Fida [22] stwierdzili, że autentyczni liderzy wpływają na satysfakcję z pracy, kultywując wzmocnienie środowiska pracy, które wspiera profesjonalną praktykę. Podczas badania zaangażowania nowych absolwentów pielęgniarstwa Giallonardo [23] zaobserwowali, że nowi absolwenci, w połączeniu z nauczycielami, którzy wykazują wysoki poziom autentycznego przywództwa, czuli się bardziej zaangażowani w swoje nowe obowiązki w pracy. Z czterech autentycznych wymiarów przywódczych zinternalizowana perspektywa moralna miała najwyższą korelację z zaangażowaniem w pracę. Podobnie Wong i Laschinger [20] stwierdzili, że autentyczne przywództwo jest znacząco i dodatnio związane z zadowoleniem i wydajnością pracy poprzez jej pozytywny wpływ na wzmocnienie strukturalne. Można przypuszczać na podstawie doniesień z literatury, że aspekt umiejętności przywódczych w zawodach związanych z ochroną zdrowia stanie się interesujący dla badaczy. Aspekt wiązany z autentycznym przywództwem wnosi do zawodu położnej nową perspektywę i potrzebę budowania w położnych umiejętności przywódczych. Wysoki poziom tych umiejętności podnieść może ogólną satysfakcję z wykonywanej pracy i wpłynąć na relacje interpersonalne oraz jakość świadczonej opieki.

Zadowolenie z pracy jest elementem jakości życia w ujęciu subiektywnym, satysfakcja zawodowa jest więc jednym z elementów wpływających na ogólne poczucie jakości życia. [19]. Dominujący procent położnych biorących udział w badaniu cechował się wysokim nasileniem subiektywnie ocenianej satysfakcji z życia. Podobne wyniki uzyskały także Rasińska i Nowakowska [16]. Należy również podkreślić, że przeprowadzone analizy korelacji wykazały, że poziom satysfakcji z pracy położnych wykazuje dodatni związek z postrzeganą jakością własnego życia. Tożsame badania przeprowadzono na grupie pielęgniarek, gdzie oceniano ich satysfakcję z życia. Oceniono go w zależności od stażu pracy. Największy poziom wykazują osoby pracujące w zawodzie co najmniej 30 lat, najmniejszy zaś osoby z najkrótszym stażem zawodowym, czyli poniżej 5 lat [24]. Zależność ta pozwala poddać w wątpliwość, czy osoby z najkrótszym stażem pracy pozostaną w zawodzie. Natomiast

w badaniu przeprowadzonym przez Babiarczyk i wsp. [19], w którym udział wzięło 171 położnych z województwa śląskiego, aż 77,3% badanych położnych zadeklarowało się jako osoby zadowolone lub nawet bardzo zadowolone z życia, 13,6% nie miało w tej kwestii zdania, a 9,1% było niezadowolonych. Respondentki najniżej oceniły zadowolenie z poczucia bezpieczeństwa w przyszłości. Należy podkreślić, że badane położne najbardziej zadowolone były z relacji międzyludzkich [19]. Istotnym wnioskiem z badań Babiarczyk i wsp. [19] jest fakt, że badane bardziej zadowolone z pracy istotnie rzadziej wyrażały chęć zmiany pracy i zawodu.

Przypuszcza się, że wysoki poziom umiejętności przywódczych może pozytywnie wpływać na atmosferę środowiska pracy, co jednocześnie podnosi poziom satysfakcji zawodowej i ogólnej jakości życia. Autentyczni przywódcy demonstrują życzliwość i uczciwość poprzez zachęcanie do otwartej komunikacji, dzielenia się krytycznymi informacjami i do zaangażowania [10]. Na uczucie zadowolenia bądź niezadowolenia z pracy, które także jest determinantą zadowolenia z życia, wpływa wiele czynników. Pośród tych najważniejszych w literaturze przedmiotu wymienia się relacje interpersonalne w miejscu pracy. Zależność między zachowaniami międzyludzkimi a jakością życia i satysfakcją z pracy wykazała w swoim badaniu Babiarczyk i wsp. [19]. Badane położne największy poziom zadowolenia wykazywały w „relacjach ze współpracownikami” oraz w zakresie „relacji interpersonalnych”. Klimat, w którym członkowie personelu są w stanie zgłaszać obawy, jest niezbędny do stworzenia bezpieczniejszego środowiska opieki. Zaufanie do zarządzania ma kluczowe znaczenie dla gotowości pracowników do wyrażania obaw dotyczących środowiska pracy. Odkrycia te wspierają model autentycznego przywództwa [8]. Laschinger i Fida [22] stwierdzili, że autentyczni liderzy wpływają na satysfakcję z pracy, kultywując wzmocnienie środowiska pracy, które wspiera profesjonalną praktykę.

Podsumowując, umiejętności przywódcze są niezbędne do tworzenia zdrowego środowiska pracy. Z przeglądu literatury jasno wynika, że na jakość i satysfakcję z wykonywanej pracy duży wpływ ma przejrzystość relacji wśród pracowników. Należy niewątpliwie dążyć do zachowania takich mechanizmów, systemu szkoleń bądź relacji wśród położnych, aby mogły one budować kompetencje przywódcze. Klimat, w którym członkowie personelu są w stanie zgłaszać obawy, jest niezbędny do stworzenia bezpieczniejszego środowiska opieki. Aby podnieść poziom świadczonych usług i satysfakcję pracowników, niezbędna jest przejrzystość relacyjna jako jeden z wymiarów autentycznego przywództwa. Wspólną zaletą autentycznych przywódców jest kierowanie się zasadami etycznymi, dbanie o dobro

wspólne, robienie tego, co dobre dla innych poprzez kierowanie się wewnętrznym sumieniem. Pozytywne zdolności psychologiczne autentycznych przywódców mają na celu poprawę atmosfery pracy, co ma bezpośredni wpływ na satysfakcję zawodową i jakość życia położnych.

Wnioski

Podejmowanie działań mających na celu kształtowanie i doskonalenie umiejętności przywódczych położnych może pozytywnie wpływać na ich subiektywną ocenę zadowolenia z wykonywanej pracy oraz satysfakcję z jakości własnego życia. Skutkować to może większym zaangażowaniem w wykonywaną pracę, a pośrednio zwiększeniem efektywności opieki nad pacjentem.

Piśmiennictwo

1. Jarosova D, Gurova E, Zlakova K, Nedvedova D, Palese A, Go-deas G, Chan SW, Song MS, Lee J, Cordeiro R, Babiarczyk B, Fras M. Job Satisfaction and Subjective Well-Being Among Midwives: Analysis of a Multinational Cross-Sectional Survey. *J Midwifery Womens Health*. 2017; 62(2): 180–189.
2. Bekru ET, Cherie A, Anjulo AA. Job satisfaction and determinant factors among midwives working at health facilities in Addis Ababa city, Ethiopia. Foster AM, ed. *PLoS ONE*. 2017; 12(2): e0172397.
3. Alves DF, Guirardello EB. Safety climate, emotional exhaustion and job satisfaction among Brazilian paediatric professional nurses. *Int Nurs Rev*. 2016; 63(3): 328–35.
4. Boamah SA, Spence Laschinger HK, Wong C, Clarke S. Effect of transformational leadership on job satisfaction and patient safety outcomes. *Nurs Outlook*. 2018; 66(2): 180–189.
5. Aiken LH, Sermeus W, Van den Heede K, Sloane DM, Busse R, McKee M. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ* 2012; 344: e1717.
6. Nieuwenhuyzen VC. Authentic Leadership in nursing: Creating healthy work environments, A Comprehensive Examination Presented to the Faculty of California State University, Stanislaus In Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Master of Science in Nursing, 2016.
7. Avolio BJ, Wernsing TS. Practicing authentic leadership. In S. J. Lopez (Ed.), *Positive psychology: Exploring the best in people*, Vol 4: Pursuing human flourishing Westport: 2008, 147–165.
8. Walumbwa FO et al. Authentic Leadership: Development and Validation of a Theory-Based Measure *Journal of Management*, 2007; 34(1): 89–126.
9. Gardner WL, Avolio BJ, Luthans F, May DR, Walumbwa F. Can you see the real me? A self-based model of authentic leader and follower development. *The Leadership Quarterly*. 2005; 16(3): 343–372.
10. Avolio B, Gardner W, Walumbwa F, Luthans F, May D. Unlocking the mask: A look at the process by which authentic leaders impact follower attitudes and behaviors, *Leadership Quarterly*. 2004; 15(6): 801–823.
11. Cimete G, Gencalp NS, Keskin G. Quality of life and job satisfaction of nurses. *J Nurs Care Qual*. 2003; 18(2): 151–158.
12. Perry L, Xu X, Duffield C, Gallagher R, Nicholls R, Sibbritt D. Health, workforce characteristics, quality of life and intention to leave: The 'Fit for the Future' survey of Australian nurses and midwives. *Journal of Advanced Nursing*. 2017; 73(11): 2745–2756.
13. Northouse PG. *Leadership: theory and practice*. 7 ed. Los Angeles: Sage Publications. 2016.
14. Juczyński Z. *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych. 2009.
15. Zalewska MA. Skala satysfakcji z pracy – pomiar poznawczego aspektu ogólnego zadowolenia z pracy. *Acta Universitatis Lodzensis Folia Psychologica*, 2003; 7: 49–61.
16. Raśńska R, Nowakowska I. Satysfakcja z pracy położnych a poziom optymizmu. *Zdrowie i Dobrostan* 2013; 4: 236–246.
17. Kucharz M. *Badanie poziomu satysfakcji pielęgniarek z pracy zawodowej*. Kraków: Akademia Ekonomiczna w Krakowie. 2005.
18. Kunecka D. Ocena potencjału przywódczego pielęgniarek, *Problemy Pielęgniarstwa* 2009; 17(3): 167–172.
19. Babiarczyk B, Fraś M, Ulman-Włodarz I. Analiza poziomu satysfakcji zawodowej oraz jej związku z subiektywnie ocenianą jakością życia położnych, *Medycyna Pracy*. 2014; 65: 99–108.
20. Wong CA, Laschinger HKS. Authentic leadership, performance, and job satisfaction: the mediating role of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*. 2013; 69(4): 947–959.
21. Dirik HF, Intepeler SS. The influence of authentic leadership on safety climate in nursing. *J Nurs Manag*. 2017; 25(5): 392–401.
22. Laschinger HK, Fida R. Linking nurses' perceptions of patient care quality to job satisfaction: The role of authentic leadership and empowering professional practice environments. *The Journal of Nursing Administration*. 2015; 45(5): 276–283.
23. Giallonardo LM, Wong CA, Iwasiewicz CL. Authentic leadership of preceptors: Predictor of new graduate nurses' work engagement and job satisfaction. *Journal of Nursing Management*. 2010; 18(8): 993–1003.
24. Wysokiński M, Fidecki W, Walas L. i inni. Satysfakcja z życia polskich pielęgniarek, *Problemy Pielęgniarstwa*. 2009; 17(3): 167–172.

Artykuł przyjęty do redakcji: 02.06.2018 r.

Artykuł przyjęty do publikacji: 07.01.2019 r.

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.
Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:

Mariusz Panczyk
ul. Żwirki i Wigury 61
02-091 Warszawa
Tel +48 22 572 0490
Fax +48 22 572 0491
e-mail: mariusz.panczyk@wum.edu.pl
Zakład Dydaktyki i Efektów Kształcenia
Wydział Nauki o Zdrowiu
Warszawski Uniwersytet Medyczny

WPŁYW ZAJĘĆ W SZKOLE RODZENIA NA PRZEBIEG PORODU

THE IMPACT OF PRENATAL TRAINING OF FUTURE PARENTS ON PARTURITION

Sławomir Szymański^{1, a}, Paula Aniołkowska^{2, b}, Violetta Konstanty-Kurkiewicz^{3, c}, Dorota Fryc^{4, d}

¹ Zakład Położnictwa i Patologii Ciąży, Wydział Nauk o Zdrowiu, Pomorski Uniwersytet Medyczny, Szczecin

² Studia stacjonarne, położnictwo, Wydział Nauk O Zdrowiu, Pomorski Uniwersytet Medyczny, Szczecin Klinika Położnictwa i Ginekologii, Pomorski Uniwersytet Medyczny, Szczecin

³ Klinika Położnictwa i Ginekologii, Pomorski Uniwersytet Medyczny, Szczecin

⁴ Samodzielna Pracownia Umiejętności Położniczych, Pomorski Uniwersytet Medyczny, Szczecin

^a <https://orcid.org/0000-0002-1127-9567>

^b <https://orcid.org/0000-0002-1042-0127>

^c <https://orcid.org/0000-0003-2046-6599>

^d <https://orcid.org/0000-0002-9014-7510>

DOI: <https://doi.org/10.20883/pielpol.2019.24>

STRESZCZENIE

Wstęp. Udział w Szkole Rodzenia pozwala przyszłym rodzicom świadomie przeżywać ciążę oraz przygotować się do porodu, połogu i późniejszej opieki nad noworodkiem. Lepsze i bardziej świadome przygotowanie wydaje się być korzystne dla samej rodzącej, lecz także odgrywać znaczącą rolę w komunikacji z personelem, skracając czas trwania porodu.

Cel. Analiza przebiegu porodu u pacjentek uczęszczających w zajęciach szkoły rodzenia w porównaniu z nieuczęszczającymi.

Materiał i metody. Badaniu poddano 100 kobiet w ciąży donoszonej po porodach drogami natury. Metodą badań była analiza dokumentacji medycznej oraz gromadzenie danych przy pomocy formularzy wypełnianych przez badacza. Populację badaną podzielono na dwie grupy: uczęszczające w zajęciach Szkoły Rodzenia oraz nieuczęszczające. Obliczenia wykonano przy pomocy programu Statistica v 10.0 firmy Statsoft. Do oceny zależności wykorzystano test Chi kwadrat Pearsona. Za poziom istotności statystycznej przyjęto $p \leq 0,05$.

Wyniki. W grupie kobiet uczęszczających do Szkoły Rodzenia 66% posiadało wyższe wykształcenie, 26% średnie, a 8% zawodowe ($p = 0,000002$). Większość z nich (76%) stosowała leki przeciwbólowe podczas porodu. W badanej grupie 96% nie stosowało znieczulenia zewnątrzoponowego. Wśród uczestniczek Szkoły Rodzenia 66% miało poród indukowany oksytocyną. Ponad połowa (54%) uczestniczek Szkoły Rodzenia rodziło bez nacięcia krocza, 24% miało pęknięcie krocza I stopnia, a 22% nacięcie krocza.

Wnioski. Uczestnictwo w Szkole Rodzenia wydaje się być podyktowane rodnością, ilością przebytych ciąż oraz wykształceniem. Ciężarne po kursie przedporodowym zdecydowanie rzadziej podlegają procedurom śródporodowym. Uczestniczki Szkoły Rodzenia są bardziej świadome możliwości postępowania przeciwbólowego, konieczności wykonywania niektórych procedur śródporodowych oraz wpływu przebiegu porodu na stan ich dziecka.

SŁOWA KLUCZOWE: Szkoła Rodzenia, poród, edukacja, ciąża.

ABSTRACT

Introduction. Participation in the Antenatal Classes allow future parents to consciously experience pregnancy and prepare for delivery, puerperium and later care for a newborn baby. Better and more conscious preparation seems to be beneficial for the laboring one, but also plays a significant role in communication with staff, reducing the duration of delivery.

Aim. Analysis of the delivery process among patients attending antenatal classes compared to non-participants.

Material and Methods. The study included 100 women who gave birth vaginally at term pregnancies. The methodology of the study consisted of the analysis of medical records and the collection of data using the forms filled in by a researcher. The studied population was divided into two groups: participating in the antenatal classes and non-participating ones. The calculations were carried out using Statistica v 10.0 by Statsoft. The Pearson Chi square test was used to assess the dependence. The level of statistical significance was $p \leq 0,05$.

Results. In the group of women attending antenatal classes, 66% had higher education, 26% secondary and 8% vocational ($p = 0.000002$). Most of them (76%) used pain relief medication during labor. In the study group as many as 96% of women did not require epidural anesthesia. Among the participants of the School of childbirth, 66% had oxytocin-induced labor. More than a half (54%) of the participants of antenatal classes had no episiotomy, 24% had a first degree rupture of perineum, while 22% had an incision of that area.

Conclusions. Participation in the antenatal classes seems to be dictated by the number of pregnancies and education. Pregnant women who completed such courses are much less likely to undergo antenatal procedures. They are more aware of the possibilities of pain management, the need to perform some of the procedures and the impact of the intrapartum course of delivery on the condition of their child.

KEYWORDS: antenatal classes, labor, education, pregnancy.

Wprowadzenie

Uczestnictwo w Szkole Rodzenia jest jedną z możliwości edukacji okołoporodowej pozwalającej przyszłym rodzicom świadomie przeżywać ciążę oraz przygotować się do porodu, połogu i późniejszej opieki nad noworodkiem. Odbycie kursu w Szkole Rodzenia niesie ze sobą niebywałe korzyści przede wszystkim dla przyszłej matki, ale także dla ojca, który już od okresu ciąży zostaje zaangażowany do opieki najpierw nad ciężarną, a po porodzie nad dzieckiem. Wspólne przeżywanie rodzicielstwa już od pierwszych tygodni ciąży zbliża do siebie partnerów, dzięki czemu możliwe jest jak najszybsze nawiązanie więzi rodzicielskich z potomstwem.

Cel

Celem pracy była analiza przebiegu porodu u pacjentek uczęszczających w zajęciach szkoły rodzenia w porównaniu z nieuczęszczającymi.

Materiał i metody

Badaniu poddano 100 kobiet w ciąży donoszonej po porodach drogami natury. Rodzące objęte badaniami były pacjentkami Kliniki Położnictwa i Ginekologii Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 2 Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie. Metodyka badań zakładała analizę dokumentacji medycznej oraz gromadzenie danych przy pomocy formularzy wypełnianych przez badacza.

Populację badaną podzielono na dwie grupy: uczestniczące w zajęciach Szkoły Rodzenia ($n = 50$, 50%) oraz nieuczęszczające ($n = 50$, 50%). Wśród populacji badanej 52% stanowiły pierwiastki, a 48% wieloródki. 40% populacji miało wykształcenie wyższe lub średnie, 17% zawodowe, 3% podstawowe. Średni wiek kobiet uczęszczających do Szkoły Rodzenia wynosił $30,18 \pm 5,28$. Natomiast wiek kobiet nieuczęszczających wynosił $29,94 \pm 4,89$ lat. Różnice nie były istotne statystycznie. Dane przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1. Wiek badanych
Table 1. Age of participants

Uczestnictwo w szkole rodzenia/ Participation in antenatal classes						
tak/yes		nie/no		razem z wiersza/all from the row		
średnia/ mean	SD/ SD	średnia/ mean	SD/ SD	średnia/ mean	SD/ SD	
Wiek/ Age	30,18	5,28	29,94	4,89	30,06	5,1

*test t Studenta $p=[NS]$

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Obliczenia wykonano przy pomocy oprogramowania Statistica v 10.0 firmy Statsoft, przyjmując 5% prawdopodobieństwo błędu. Obliczenia przedstawiono w formie tabel podając liczebność danej cechy oraz wartość procentową. Do oceny zależności wykorzystano test Chi kwadrat Pearsona. Za poziom istotności statystycznej przyjęto $p \leq 0,05$.

Wyniki

Tabela 2. Wykształcenie badanych
Table 2. Education of the respondents

wykształcenie/ education	Uczestnictwo w szkole rodzenia/ Participation in antenatal classes					
	tak/yes		nie/no		razem z wiersza/all from the row	
	n	%	n	%	n	%
podstawowe/basic	0	0,00	3	6,00	3	3,00
średnie/secondary	13	26,00	27	54,00	40	40,00
zawodowe/vocational	4	8,00	13	26,00	17	17,00
wyższe/higher	33	66,00	7	14,00	40	40,00
Razem/Total	50	100,00	50	100,00	100	100,00

* – test Chi kwadrat ($p = 0,000002$)

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

W grupie kobiet uczęszczających do Szkoły Rodzenia 66% posiadało wyższe wykształcenie, 26% średnie, a 8% zawodowe. W grupie kobiet nieuczęszczających 54% posiadało średnie wykształcenie, 26% zawodowe, 14% wyższe i 6% podstawowe. Różnice były istotne statystycznie ($p = 0,000002$). Wyniki przedstawiono w tabeli 2.

Tabela 3. Kolor wód płodowych
Table 3. The color of amniotic fluid

Kolor wód płodowych/ Color of amniotic fluid	Uczestnictwo w szkole rodzenia/ Participation in antenatal classes					
	tak/yes		nie/no		razem z wiersza/all from the row	
	n	%	n	%	n	%
Czyste/ clear	0	0,00	3	6,00	3	3,00
Zielone/ green	13	26,00	27	54,00	40	40,00
Krwiste/ blood-stained	4	8,00	13	26,00	17	17,00
Razem/ Total	50	100,00	50	100,00	100	100,00

* – test Chi kwadrat ($p=[NS]$)

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Większość (92%) kobiet uczęszczających do Szkoły Rodzenia posiadało czyste wody płodowe, a 8% zielone. Natomiast wśród kobiet nieuczęszczających 86% czyste, 10% zielone i 4% krwiste. Różnice nie były istotne statystycznie. Dane z obserwacji zawiera **tabela 3**.

Tabela 4. Zastosowanie leków p/bólowych

Table 4. Management of pain medications during delivery

Zastosowanie leków przeciwbólowych/ The use of painkillers	Uczestnictwo w szkole rodzenia/ Participation in antenatal classes					
	tak/yes		nie/no		razem z wiersza/ all from the row	
	n	%	n	%	n	%
tak/yes	38	76,00	38	76,00	76	76,00
nie/no	12	24,00	12	24,00	24	24,00
Razem/Total	50	100,00	50	100,00	100	100,00

* – test Chi kwadrat (p=NS)

Źródło: opracowanie własne

Source: author's own analysis

Ponad ¾ badanych (76%), uczestniczek Szkoły Rodzenia i kobiet nieuczestniczących, stosowało leki p/bólowe podczas porodu, natomiast 24% nie przyjmowało leków. Różnice nie były istotne statystycznie. Statystyki opisowe zawarto w **tabeli 4**.

Tabela 5. Znieczulenie zewnątrzoponowe do porodu

Table 5. Epidural anesthesia during delivery

Znieczulenie zewnątrzoponowe w trakcie porodu/ Epidural anesthesia during delivery	Uczestnictwo w szkole rodzenia/ Participation in antenatal classes					
	Tak/yes		nie/no		razem z wiersza/ all from the row	
	n	%	n	%	n	%
Tak/yes	2	4,00	1	2,00	3	3,00
nie/no	48	96,00	49	98,00	97	97,00
Razem/Total	50	100,00	50	100,00	100	100,00

* – test Chi kwadrat (p=NS)

Źródło: opracowanie własne

Source: author's own analysis

Wśród kobiet uczęszczających do Szkoły Rodzenia 96% nie stosowało podczas porodu znieczulenia zewnątrzoponowego, a 4% stosowało. Wśród kobiet nieuczęszczających 98% nie stosowało znieczulenia, a 2% stosowało. Różnice nie były istotne statystycznie. Dane opisowe przedstawiono w **tabeli 5**.

Tabela 6. Rodzaj porodu drogami natury

Table 6. Type of delivery

Rodzaj porodu drogami natury/ Type of delivery	Uczestnictwo w szkole rodzenia/ Participation in antenatal classes					
	Tak/yes		Nie/no		razem z wiersza/ all from the row	
	n	%	n	%	n	%
Poród samoistny/ Spontaneous delivery	17	34,00	22	44,00	39	39,00
Poród indukowany oksytocyną/ Oxytocin – induced labour	33	66,00	28	56,00	61	61,00
Razem/Total	50	100,00	50	100,00	100	100,00

* – test Chi kwadrat (p=NS)

Źródło: opracowanie własne

Source: author's own analysis

Wśród uczestniczek Szkoły Rodzenia 66% miało poród indukowany oksytocyną, a 34% poród fizjologiczny. Natomiast wśród kobiet nieuczęszczających 56% miało poród indukowany oksytocyną, a 44% poród fizjologiczny. Różnice nie były istotne statystycznie. Zależności przedstawia **tabela 6**.

Tabela 7. Zabiegi okołoporodowe

Table 7. Occurrence or absence of damage to genital tracts during delivery

Procedury okołoporodowe/ Occurrence or absence of damage to genital tracts during delivery	Uczestnictwo w szkole rodzenia/ Participation in antenatal classes					
	Tak/yes		Nie/no		razem z wiersza/ all from the row	
	n	%	n	%	n	%
Z nacięciem krocza/ Episiotomy	11	22,00	13	26,00	24	24,00
Bez nacięcia i pęknięcia krocza/ Without incision and perineal laceration	27	54,00	28	56,00	55	55,00
Z pęknięciem krocza I stopnia/ First degree perineal laceration	12	24,00	9	18,00	21	26,00
Razem/Total	50	100,00	50	100,00	100	100,00

* – test Chi kwadrat (p=NS)

Źródło: opracowanie własne

Source: author's own analysis

Ponad połowa (54%) uczestniczek Szkoły Rodzenia rodziło bez nacięcia krocza, 24% miało pęknięcie krocza I stopnia, a 22% nacięcie krocza. Natomiast w grupie kobiet nieuczęszczających 56% bez nacięcia krocza, 26% z nacięciem krocza, a 18% miało pęknię-

cie I stopnia. Różnice nie były istotne statystycznie. Zaobserwowane dane umieszczono w **tabeli 7**.

Tabela 8. Sposób urodzenia łożyska
Table 8. Mechanism of placental detachment

Sposób urodzenia płodu/ <i>Mechanism of placental detachment</i>	Uczestnictwo w szkole rodzenia/ <i>Participation in antenatal classes</i>					
	Tak/yes		Nie/no		razem z wiersza/ all from the row	
	n	%	n	%	n	%
Duncana/ <i>Duncans's mechanism</i>	10	20,00	7	14,00	17	17,00
Schultzego/ <i>Schultze's mechanism</i>	40	80,00	43	86,00	83	83,00
Razem/ <i>Total</i>	50	100,00	50	100,00	100	100,00

* – test Chi kwadrat (p=NS)

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Wśród populacji kobiet uczęszczających do Szkoły Rodzenia łożysko rodziło się w 80% sposobem Schultzego, a w 20% sposobem Duncana. W grupie kobiet nieuczęszczających 86% łożysk urodziło się sposobem Schultzego, a 14% sposobem Duncana. Różnice nie były istotne statystycznie. Dane opisowe prezentuje **tabela 8**.

Dyskusja

Na przestrzeni lat obserwuje się trend świadomego rodzicielstwa, co poniekąd związane jest z nowoczesnym modelem rodziny. Kobiety w znacznym stopniu przywiązują uwagę do kwestii planowania rodziny i odpowiedniego przygotowania się do roli matki. Podejście dzisiejszych mężczyzn do rodzicielstwa również ulega przemianie. Przyszli ojcowie już od wczesnego etapu ciąży stają się zaangażowani i starają się jak najlepiej wcielić w nową rolę. Tłumaczy to dużą popularność szkół rodzenia oraz mnogość korzyści, jakie to za sobą niesie.

Badania dowodzą, że 40% uczestniczek Szkół Rodzenia ma 31–35 lat. Natomiast ciężarne poniżej 25 roku życia stanowią niespełna 14% [1]. W badaniach Sirko i wsp. [2] z kolei odnotowano wiek uczestniczek Szkoły Rodzenia na poziomie 30 lat lub mniej. Motowidło i wsp. [3] zaobserwował częstsze uczestnictwo kobiet po 25 roku, które w sposób świadomy i przemyślany decydują się na posiadanie potomstwa i chcą być odpowiednio przygotowane na przeżycie porodu i późniejszą pielęgnację i opiekę nad dzieckiem. Z badań własnych wynika, że uczestniczkami Szkół Rodzenia w większości są pierworódki w przedziale 25–35 lat.

Przeżyty poród wydaje się stanowić odpowiednie doświadczenie, a także przygotowanie do następnych narodzin [4]. Wieloródki mają znacznie mniej czasu na poszerzanie swojej wiedzy w tym zakresie ze względu na obowiązki związane z opieką starszych dzieci. Podobne wyniki znajdujemy w pracy Fabian i wsp. [5], gdzie aż 93% uczestniczek Szkoły Rodzenia stanowiły pierwsiastki. Z kolei w badaniach Szałkowskiego i wsp. [6] pierwsiastki stanowiły 70% populacji badanej. W badaniach populacji szwedzkiej zależność taką stwierdził Lumley [7].

Uczestnictwo w przedporodowych kursach Szkoły Rodzenia wydaje się wynikać także z posiadanego wykształcenia. Prace Kosińskiej dowodzą, że kobiety z wyższym wykształceniem uczęszczające do Szkoły Rodzenia stanowiły aż 93% [8]. Inni badacze również wykazują podobne wyniki. W badaniach Cendrowskiego i wsp. [9] wyższe wykształcenie miało 88% przyszłych matek, a 76% badanych według Ćwiek i wsp. [10]. Wskazuje to na większą świadomość i poczucie potrzeby odpowiedniego i kompetentnego przygotowania do narodzin dziecka ze strony lepiej wykształconych kobiet, najczęściej pochodzących z miast. O tej zależności również pisał Guzikowski i wsp. [11]. Doniesienia te znajdują odzwierciedlenie w badaniach innych [12,13].

Kołomyjec i wsp. [14] w swoich badaniach ukazuje, iż kobiety po edukacji okołoporodowej częściej rodziły drogą pochwową (81,5%). Dodatkowo zwrócił uwagę, że częściej stosowano indukcję porodu lub stymulację czynności skurczowej mięśnia macicy przy użyciu oksytocyny u pacjentek po przebytym kursie. Do podobnych wniosków doszedł również Kwiatek i wsp. [15] potwierdzając, że absolwentki Szkół Rodzenia częściej odbywały poród drogami i siłami natury. Kolanko wykazuje zwiększoną tendencję porodów fizjologicznych w grupach kobiet uczęszczających do Szkół Rodzenia [16]. Podobne wyniki uzyskał Fórman i wsp. [17], obserwując, że kobiety po przebytym kursie znacznie częściej odbywają poród drogami natury, co wydaje się być odzwierciedleniem pozytywnego wpływu edukacji okołoporodowej. Podobne wyniki uzyskał także Poręba [18]. Zdaniem Cendrowskiego i wsp. [9] stosowanie oksytocyny jako środka stymulującego czynność skurczową podczas porodu jest dość częste w grupie kobiet bez edukacji okołoporodowej. Podkreśla on również, że dzieje się tak, gdyż pacjentki po kursach miały większą świadomość i wiedzę na temat przebiegu porodu fizjologicznego i znacznie częściej nie wyrażały zgody na taką procedurę śródporodową. Z badań własnych wynika, że wszystkie kobiety zarówno w grupie badawczej, jak i kontrolnej ukończyły poród drogą pochwową. Nie odnotowano wśród badanych nagłych cięć cesarskich. Jednak większość absolwentek Szkoły Rodzenia miało indukcję porodu oksytocyną (66%).

Ciężarne po Szkole Rodzenia rzadziej sięgały po farmakologiczne środki p/bólowe, co mogło być związane z lepszą tolerancją bólu, a także stosowaniem alternatywnych metod łagodzących ból porodowy. Delke i wsp. [19] w swojej pracy przedstawił i opisał zależność pomiędzy wydzielaniem naturalnych endorfin, a zapotrzebowania na farmakologiczne środki łagodzące ból porodowy. Wyjątek stanowiło stosowanie śródporodowo znieczulenia zewnątrzoponowego, po które częściej sięgały kobiety uczęszczające na kurs przedporodowy [5]. Zdaniem Ćwiek [20] absolwentki Szkół Rodzenia posiadały znacznie większą wiedzę na temat metod łagodzenia bólu porodowego oraz znały jego etiologię i przyczyny. Zgodnie z ideą Szkół Rodzenia ból porodowy powinien być minimalizowany w myśl psychoprolaktyki porodu [21]. Moje badania przedstawiają, że zarówno uczestniczki, jak i kobiety nieuczestniczące w jednakowym stopniu stosowały podczas porodu leki p/bólowe (76%). Dodatkowo 4% kobiet po Szkole Rodzenia decydowało się na znieczulenie zewnątrzoponowe. Kobiety miały świadomość działania poszczególnych leków, a także w jakim stopniu ból będzie złagodzony. Chmielnicki uważa, że przygotowanie do porodu polega między innymi na uświadomieniu kobietom, że są to bezpieczne metody łagodzące ból porodowy. Niejednokrotnie brak jest pacjentkom fachowej wiedzy dotyczącej farmakologii, aby w świadomy sposób mogły podejmować decyzje odnośnie minimalizowania dolegliwości bólowych. Długotrwały ból może stać się destrukcyjny dla rodzących i prowadzić do zahamowania porodu bądź też wystąpienia komplikacji. Podążając dalej za obserwacjami Chmielnickiego, zauważyć można, że stosowanie znieczulenia zewnątrzoponowego podczas porodu może mieć wpływ na jego przebieg i odzwierciedlać się między innymi w jego spowolnieniu. Porody takie bardzo często wymagają stymulacji czynności skurczowej poprzez podanie oksytocyny [22].

Niektórzy badacze dowiedli, że mniejsze ryzyko obrażeń kanału rodnego występuje u kobiet po kursie przedporodowym. Kwiatek wskazał zależność pomiędzy uczestnictwem a zmniejszoną częstotliwością nacięć krocza [15]. Również takie obserwacje poczynił Cendrowski, opisując rzadsze urazy okołoporodowe tkanek krocza u kobiet po edukacji [9]. Zbliżone wyniki bada uzyskał również Fijałkowski i Cekański [21, 23]. Moje wyniki potwierdzają tą hipotezę. Wśród 50 kobiet biorących udział w kursach przedporodowych tylko 22% ciężarnych miało nacięcie krocza, a u 54% nie stwierdzono żadnych obrażeń. Natomiast w tej grupie częściej dochodziło do samoistnych pęknięć tkanek krocza i były to tylko pęknięcia I^o. Może to być podyktowane wcześniejszym przygotowaniem tkanek krocza poprzez ćwiczenia bądź masaże, ale

przede wszystkim większą świadomością swojego ciała oraz praw, które każda rodząca posiada, będąc na sali porodowej. Kobiety mają większą wiedzę na temat przebiegu porodu, a także świadomość, że nacięcie krocza nie jest zabiegiem rutynowym w dzisiejszym położnictwie. Położnictwo XXI wieku odstąpiło o tej czynności i jest to zabieg stosowany w sytuacjach koniecznych. Badania Pietras przedstawiają nieco odmienne wyniki, w których aż 92% kobiet po edukacji okołoporodowej miało wykonane nacięcie krocza podczas porodu, a pęknięcie krocza występowało częściej u kobiet bez przygotowania w Szkole Rodzenia [24]. Kowalik w swoich pracach przedstawił brak jakichkolwiek różnic w częstości nacięć krocza, ale stwierdził, że do samoistnych pęknięć częściej dochodziło w grupie kobiet bez przygotowania w Szkole Rodzenia [25].

Wnioski

1. Uczestnictwo w Szkole Rodzenia wydaje się być podyktowane rodnością, ilością przebytych ciąż oraz wykształceniem.
2. Ciężarne po kursie przedporodowym zdecydowanie rzadziej podlegają procedurom śródporodowym.
3. Uczestniczki Szkoły Rodzenia są bardziej świadome możliwości postępowania przeciwbólowego, konieczności wykonywania niektórych procedur śródporodowych oraz wpływu przebiegu porodu na stan ich dziecka.

Piśmiennictwo

1. Wdowiak W, Bakalczuk G, Dadej E, Wdowiak A, Filip M, Wdowiak E. et al. Birthing school – patient's assessment on the influence of classes on parturition. *Pielęg.* XXI. 2016; 3(56): 17–22.
2. Sirko I, Zieliński T, Szypuła I, Szypuła M. Psychologiczne aspekty sposobu prowadzenia ciąży i porodu w badaniach ankietowych – część 1. *Stomko Z [red.]. Kliniczna Perinatologia i Ginekologia. Poród nowoczesny.* 2002, Tychy.
3. Motowidło M, Bajurna B, Gałęba A. Pregnant Women's Participation in Antenatal Classes and the process of Labour. *Pielęg. Pol.* 2014; 4(54): 349–353.
4. Spinelli A, Baglio G, Donati S, Grandolfo ME, Osborn J. Do antenatal classes benefit the mother and Her baby? *J. Matern. Fetal. Neonatal. Med.* 2003; 13(2): 94–101.
5. Fabian HM, Radestad IJ, Waldenström U. Characteristics of Swedish women who do not attend childbirth and parent-hood education classes during pregnancy. *Midwifery.* 2004; 20(3): 226–235.
6. Szałkowski A, Cendrowski K, Jaskólska M, i wsp. Analiza przebiegu i sposobu zakończenia porodu u pacjentek po kursie w szkole rodzenia. *Klin. Perinatol. Ginekol.* 2002; suplement 25:201–207.
7. Lumley J, Brown S. Attenders and nonattenders at child-birth education classes in Australia: how do they and their births differ? *Birth.* 1993; 20: 123–130.
8. Kosińska K, Krychowska A, Wielgoś M. Postawy ciężarnych wobec porodu – analiza form przygotowania i preferencji. *Ginekol. Pol.* 2005; 76(12): 973.

9. Cendrowski K, Jaskólska M, Szałkowski A i wsp. Ocena przebiegu porodu oraz stanu noworodka pacjentek po kursie w szkole rodzenia. *Klin. Perinatol. Ginekol.* 1996; (13): 111–115.
10. Ćwiek D, Grochans E, Sowińska- Gługiewicz I, Wysiński P. Analysis of some pro-health behaviors of pregnant women after a childbirth education class. *Wiad. Lek.* 2004; 57(1): 48–51.
11. Guzikowski W, Kowalczyk D, Mączka M. Analiza aktualnych form przygotowania do porodu rodzinnego i „tradycyjnego”. *Klin. Perinatol. Ginekol.* 2004; (1): 67–70.
12. Spinelli A, Baglio G, Donati S, Grandolfo ME, Osborn J. Do antenatal classes benefit the mother and Her baby? *J. Matern. Fetal. Neonatal. Med.* 2003; 13(2): 94–101.
13. Fabian HM, Radestad IJ, Waldenström U. Characteristics of Swedish women who do not attend childbirth and parent-hood education classes during pregnancy. *Midwifery.* 2004; 20(3): 226–235.
14. Kołomyjec P, Suchocki S, Kędra-Rakoczy M. Wykształcenie i zachowania prozdrowotne ciężarnych biorących udział w zajęciach szkoły rodzenia oraz ich wpływ na przebieg porodu i stan noworodka. *Klin. Perinatol. Ginekol.* 2007; 43(3): 57–60.
15. Kwiatek M, Gęca T, Biegaj-Fic J, Kwaśniewska A. Szkoła rodzenia – profil pacjentek oraz wpływ zajęć na przebieg porodu i stan noworodka. *Med. Og. Nauk. Zdr.* 2011; 17(3): 111–115.
16. Kolanko AJ. Wybrane metody leczenia i efekty psychopro-filaktycznego przygotowania do porodu w szkołach rodze-nia. *Fizjoter.* 1997; (5): 18–19.
17. Fórmaniak J, Jaroch A, Kotzbach R. Analiza wpływu sposo-bu ukończenia ciąży na stan psychiczny pacjentek. *Perina-tol. Neonatol. Ginekol.* 2008; (1-2): 134–137.
18. Poręba R. Poród nowoczesny, *Klinika Perinatologii i Gine-kologii* 2002; 25: 15–22.
19. Delke I, Minkoff H, Grunebaum A. Effect of Lamaze child-birth preparation on Materna plasma beta-endorphin im-mune reactivity In active labor. *Am. J. Perinatol.* 1985; 2(4): 317–319.
20. Ćwiek D. Ocena wpływu edukacji w Szkołach Rodzenia na przebieg ciąży, porodu i połogu oraz opiekę nad noworod-kiem. *Rocz. PAM.* 2006; 52(1): 79–90.
21. Fijałkowski W. Poród naturalny po przygotowaniu w szkole rodzenia, Wydawnictwo PZWL, Warszawa, 1989.
22. Chmielnicki Z. Znieczulenie w porodzie. W: Słomko Z (red.), *Kliniczna Perinatologia i Ginekologia. Poród nowoczesny.* 2002, Tychy.
23. Cekański A, Dobosiewicz K, Poręba R. Kinezyterapia w no-woczesnym położnictwie i ginekologii. *Ginekol. Pol.* 1979; (47): 1067–1080.
24. Pietras J, Matusiak M, Gryboś M. Analiza porównawcza ob-rażeń krocza z uwzględnieniem przygotowania do porodu w szkole rodzenia. *Pol Med Rodz.* 2004, 6(1): 363–365.
25. Kowalik E. Porównanie przebiegu porodu u rodzących po szkole rodzenia i bez przygotowania merytorycznego. *Wydz. Zdrowia Publ. AM Wrocław* 2001.

Artykuł przyjęty do redakcji: 24.06.2018.

Artykuł przyjęty do publikacji: 50.02.2019.

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.

Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:

Sławomir Szymański
ul. Żołnierska 48
71-210 Szczecin
tel. +48 91 48 00 983
fax +48 91 48 00 978
e-mail: sszymanski@o2.pl
Zakład Położnictwa i Patologii Ciąży
Wydział Nauk o Zdrowiu
Pomorski Uniwersytet Medyczny

■ POSTRZEGANIE ZAWODU PIELĘGNIARKI PRZEZ STUDENTKI PIELĘGNIARSTWA W OKRESIE KSZTAŁCENIA NA STUDIACH LICENCJACKICH

PERCEPTION OF THE NURSING PROFESSION BY NURSING STUDENTS IN THE COURSE OF EDUCATION AT UNDERGRADUATE NURSING STUDIES

Małgorzata Dziubak^{1, a}, Marek Motyka^{2, b}

¹ Pracownia Podstaw Opieki Późniczej, Instytut Pielęgniarstwa i Późnicztwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

² Katedra Psychologii i Dydaktyki, Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie

^a <https://orcid.org/0000-0002-6052-0791>

^b <https://orcid.org/0000-0002-1025-6443>

DOI: <https://doi.org/10.20883/pielpol.2019.25>

STRESZCZENIE

Wstęp. Wizerunek należy do istotnych aspektów zawodu pielęgniarki, ponieważ wpływa na jego prestiż społeczny oraz pozycję wśród innych zawodów związanych z ochroną zdrowia.

Cel. Celem badań wykonanych w ramach niniejszej pracy była ocena postrzegania zawodu pielęgniarki przez studentki pielęgniarstwa.

Materiał i metody. Badania miały charakter longitudinalny i zostały przeprowadzone wśród 196 studentek licencjackich studiów pielęgniarstwa w czterech uczelniach. Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety opracowany dla potrzeb przeprowadzonych badań.

Wyniki. W kolejnych latach studiów pielęgniarstwa pierwszego stopnia globalny wizerunek zawodu pielęgniarki w ocenie studentów stawał się bardziej negatywny. Najbardziej pozytywny wizerunek zawodu pielęgniarki prezentowały studentki rozpoczynające studia pielęgniarstwa, a w trakcie studiów stawał się on coraz bardziej negatywny.

Wnioski. W kolejnych latach studiów studentki pielęgniarstwa postrzegały swój zawód bardziej negatywnie. Istnieje zatem konieczność wzmacniania pozytywnego wizerunku pielęgniarstwa na studiach, jak też w środowisku zawodowym i społeczeństwie.

SŁOWA KLUCZOWE: wizerunek zawodu pielęgniarki, stereotypy zawodowe, studenci pielęgniarstwa, zarządzanie wizerunkiem.

ABSTRACT

Introduction. The image is one of the important aspects of the nursing profession because it affects its social prestige and position among other professions related to health care.

Aim. The aim of the research carried out as part of this paper was to assess the perception of the nursing profession by nursing students

Material and methods. The research was longitudinal and was conducted among 196 undergraduate nursing students at four universities. The research tool was the author's original questionnaire designed for the needs of the research.

Results. In subsequent years of undergraduate nursing studies, the image of the nursing profession in the assessment of the surveyed students became more negative. The most positive image of the nursing profession was reported by the students starting nursing studies, but in later years of studies it deteriorated.

Conclusion. In subsequent years of study, nursing students perceived their profession more negatively. There is therefore a need to strengthen the positive image of nursing at universities, as well as in the professional environment and the society.

KEYWORDS: image of nursing profession, professional stereotypes, nursing students, image management.

Wprowadzenie

Zawód pielęgniarki, podobnie jak i inne zawody, posiada określony wizerunek, czyli ogół podzielanych przez społeczeństwo przekonań, poglądów i opinii na temat tej grupy zawodowej. Związane z nią przekonania i opinie mają duży wpływ na sposób postrzegania pracy pielęgniarek oraz kształtują charakter relacji międzyludzkich w środowisku zawodowym [1].

Pozytywny wizerunek to ważny aspekt zawodu pielęgniarki. Jest on podstawą szacunku, uznania i prestiżu, decydując o pozycji pielęgniarek w społeczeństwie oraz wśród innych pracowników służby zdrowia [2]. Wizerunek zawodowy pielęgniarki zależy od wielu czynników determinujących postrzeganie pielęgniarek przez środowisko społeczne [3]. Należą do nich między innymi doświadczenie i wiedza na temat profesjonalnej

działalności pielęgniarki [3,4], stopień spełnienia przez pielęgniarkę oczekiwań pacjentów (w tym profesjonalizm, okazywanie empatii, chęć pomocy i udzielane pacjentom wsparcie, kontrola emocjonalna, kultura, posiadane umiejętności interpersonalne), a także osobowość pielęgniarki, jej podejście do pracy, ludzi i wyznawane wartości [4].

Należy zwrócić uwagę, że na postrzeganie zawodu pielęgniarki poważny wpływ mają funkcjonujące stereotypy dotyczące pielęgniarek i pielęgniarstwa. Są one ukształtowane przede wszystkim przez dawne, negatywne opisy zadań pielęgniarek i pielęgniarstwa [5, 6]. Stereotypy te mają niekorzystny wpływ na społeczne postrzeganie tej grupy zawodowej, osłabiając społeczne zaufanie oraz szacunek dla zawodu pielęgniarki [6]. W kreowaniu wizerunku społecznego pielęgniarki znaczącą rolę odgrywają środki masowego przekazu, które często przekazują tendencyjny i negatywny obraz tego zawodu [2, 6, 7]. Funkcjonujące w świadomości społecznej negatywne stereotypy dotyczące tej grupy zawodowej opierają się często na niepełnej wiedzy, a jednocześnie są chętnie utrwalane i trudno podlegają zmianie [3, 7].

Aby skutecznie wzmocnić swój wizerunek zawodowy, pielęgniarki powinny aktywnie zwalczać funkcjonujące stereotypy. Uzyskać to mogą wykazując swój profesjonalizm i sprawstwo w kwestiach dotyczących opieki nad pacjentem, eksponując swoją rolę w tej opiece oraz asertywnie mówić o swoich kompetencjach, ambicjach i oczekiwaniach, dbając przy tym o budowanie partnerskich relacji zawodowych. Zrozumienie istoty pielęgniarstwa i jego znaczącego wkładu w opiekę nad pacjentem, wydaje się być kluczowym elementem służącym eliminowaniu negatywnych stereotypów oraz sprzyjającym budowaniu pozytywnego, profesjonalnego wizerunku pielęgniarki [4, 7]. Można uznać, że dbałość o budowanie pozytywnego wizerunku zawodowego pielęgniarek jest ważnym elementem ich profesjonalizmu oraz widoczną jego oznaką [1, 2]. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych podaje, że tylko 60% absolwentów podejmuje pracę w zawodzie, dlatego apeluje o wdrożenie realnych benefitów dla absolwentów wraz z poprawą warunków pracy i płacy. Ponadto zwraca uwagę na potrzebę prowadzenia kampanii w mediach wpływającej pozytywnie na wizerunek tego zawodu oraz zachęcającej do jego wyboru. Pociąga to za sobą potrzebę monitorowania wizerunku pielęgniarki, czemu służyć miały badania prezentowane w obecnym opracowaniu [8, 9].

Cel pracy

Biorąc pod uwagę motywacyjny aspekt wizerunku zawodowego, celem badań przeprowadzonych w ramach

niniejszej pracy stała się ocena zmian pojawiających się w postrzeganiu wizerunku swego zawodu u studentek pielęgniarstwa podczas kolejnych lat ich studiów.

Materiał

Badania zostały przeprowadzone wśród studentów kierunku Pielęgniarstwo – studia stacjonarne pierwszego stopnia, w czterech uczelniach: Uniwersytecie Jagiellońskim Collegium Medicum w Krakowie, Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej w Tarnowie, Podhalańskiej Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej w Nowym Targu i Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej w Oświęcimiu. Należy podkreślić, że badania miały charakter longitudinalny. Były prowadzone regularnie na początku każdego kolejnego roku akademickiego (2012 – I rok, 2013 – II rok i 2014 – III rok studiów) w tej samej grupie studentów i studentek. W 2012 roku w badaniu udział wzięło 305 osób. Wszystkie trzy etapy ukończyło w 2014 roku 196 studentek, co stanowi 64,26% liczebności początkowej.

Osoby badane zostały poproszone o zgodę na przeprowadzenie badania, poinformowane o jego celu i przebiegu oraz sposobie wypełniania kwestionariusza ankiety. Badanym zapewniono anonimowość i podano, że mają prawo, bez żadnych konsekwencji, odmówić bądź zrezygnować z udziału w badaniach na każdym etapie ich prowadzenia. Zwrot kwestionariuszy następował w zaklejonych i niepodpisanych kopertach, co w przypadku ich wypełnienia oznaczało świadomą zgodę na udział w danym etapie badań. Na ich przeprowadzenie uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego nr KBET/181/B/2012 z dnia 31 maja 2012 roku.

W momencie rozpoczęcia badań osoby badane miały od 18 do 35 lat, przy czym najliczniejszą grupę stanowiły osoby w wieku 19 lat – 72,45% i w wieku 20 lat – 13,78%, a najmniej liczną – 0,51% w wieku 25 lat i 35 lat. Większość badanych 67,87% pochodziła ze wsi, a najmniej odsetek 6,12% z miasta od 50 000 do 100 000 mieszkańców. Swoją sytuację materialną jako średnią określiło 48,98% badanych, a jako dobrą 40,31% badanych. Ojcowie większości badanych legitymowali się wykształceniem zasadniczym zawodowym 56,13% bądź średnim 29,59%, a matki średnim 43,37% i zasadniczym zawodowym 39,28%. Z uwagi na fakt, że ostatecznie w badaniu wzięły udział wyłącznie kobiety, dalej w pracy stosowany jest termin „studentka”.

Metody

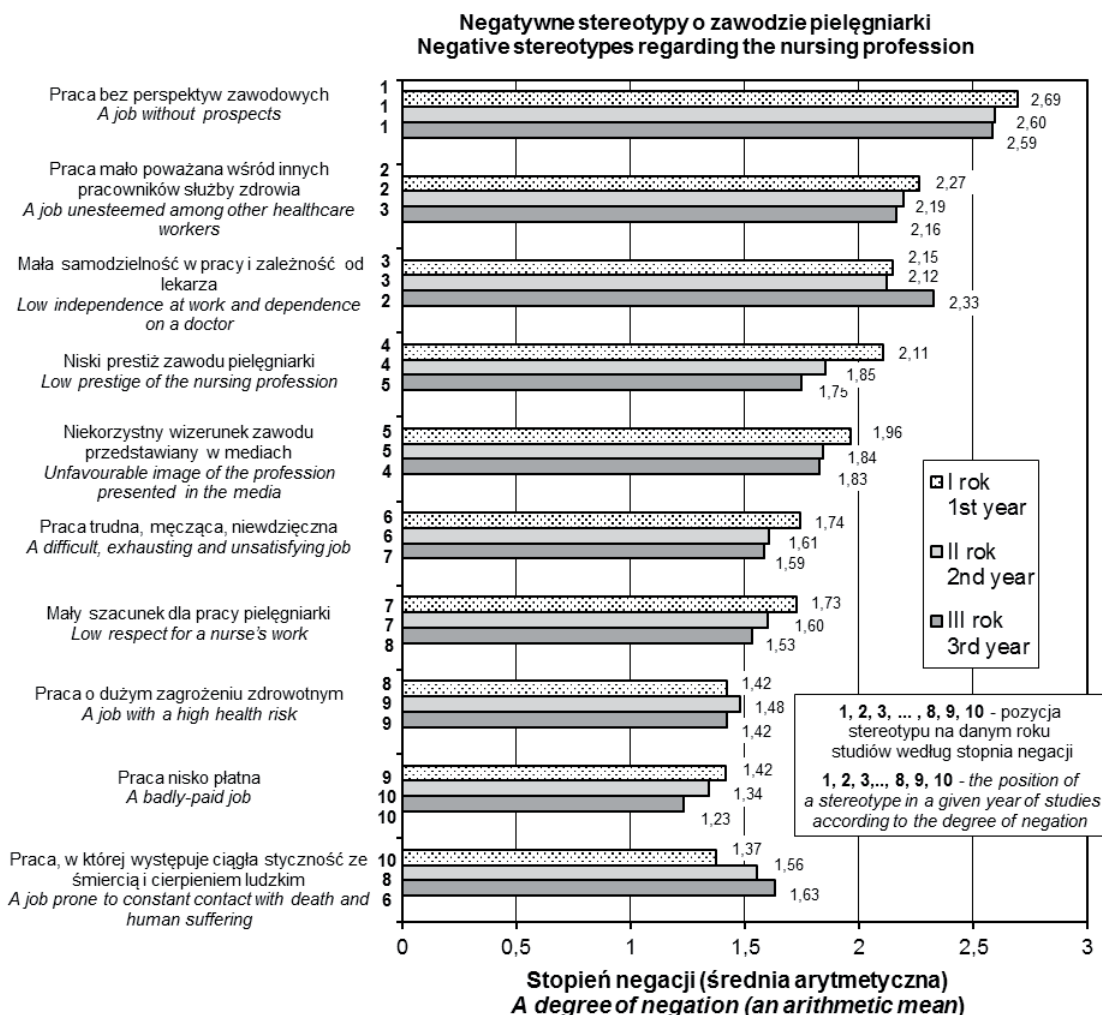
W przeprowadzonych badaniach posłużono się metodą sondażu diagnostycznego, stosując jako narzędzie badawcze autorski kwestionariusz ankiety opracowany dla potrzeb planowanych badań. Ankieta własnego au-

torstwa używana w kolejnych etapach badania zawierała pytania, które miały na celu pozyskanie danych socjodemograficznych badanej grupy studentów oraz zestaw pytań dotyczących postrzegania wizerunku zawodu pielęgniarki. Zawierał on 10 twierdzeń przedstawiających zgodne ze stereotypem cechy zawodu pielęgniarki. Każda z badanych (w kolejnych latach studiów) oceniała te twierdzenia na trzystopniowej skali. Ocena pojedynczego stereotypu dokonana przez respondentki pozwalała na obliczenie stopnia negacji negatywnego stereotypu: od 3 – pełna negacja do 1 – pełna akceptacja. Z kolei sumaryczna ocena pojedynczych stereotypów pozwalała na obliczenie średniej arytmetycznej wyrażającej stopień negacji negatywnego wizerunku zawodu pielęgniarki przez osobę badaną, od 30 – pełna negacja do 10 – pełna aprobaty. Im wyższa średnia tym wyższy stopień negacji (wyższy wskaźnik pozytywnego wizerunku zawodu pielęgniarki posiadanego przez badanych).

Analizę wyników przeprowadzono za pomocą pakietu statystycznego STATISTICA 8.0. PL. W celu porównania zmian w postrzeganiu wizerunku zawodu pielęgniarki podczas kolejnych lat studiowania, wykorzystano testy dla dwóch prób zależnych: test znaków i test kolejności par Wilcozona. Jako poziom istotności przyjęto $\alpha=0,05$.

Wyniki

Stopień negacji przez studentki, dziesięciu negatywnych stereotypów łącznie dotyczących zawodu pielęgniarki, pozwolił w każdym badaniu (I, II i III rok studiów) określić wskaźnik pozytywnego wizerunku tego zawodu, ukazując zarazem zmiany zachodzące w jego postrzeganiu podczas kolejnych lat studiowania. Zmiany te obrazuje **rycina 1**.



Rycina 1. Stopień negacji negatywnych stereotypów o zawodzie pielęgniarki w kolejnych latach studiów pielęgniarskich
Figure 1. The degree of negation of negative stereotypes about the nursing profession in subsequent years of nursing studies

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Analiza poszczególnych stereotypów składających się na wizerunek zawodu pielęgniarki w kolejnych latach studiów wykazała, że w sposób pozytywny zmieniły się tylko te poglądy badanych, które dotyczyły samodzielności zawodowej pielęgniarki i kojarzenia pracy pielęgniarki ze śmiercią i cierpieniem. Studia zmodyfikowały pierwotne przekonania studentek w kierunku przyznania większej samodzielności dla tego zawodu oraz spadku kojarzenia go z ludzkim cierpieniem i śmiercią. Natomiast pozostałe negatywne przekonania dotyczące zawodu pielęgniarki umacniały się u studentek w kolejnych latach studiów licencjackich.

Pomiędzy pierwszym a drugim rokiem studiów statystycznie istotną zmianę odnotowano w przypadku dwóch stereotypów. Pierwsza, korzystna, dotyczyła negacji wspomnianego wcześniej stereotypu mówiącego, iż praca pielęgniarki wiąże się z „ciągłą stycznością ze śmiercią i cierpieniem ludzkim”. Studentki drugiego roku bardziej negowały ten negatywny stereotyp w porównaniu z tym, jak to czyniły na roku pierwszym ($p = 0,0072$). Natomiast negatywnie ($p = 0,0007$) zmieniła się ich opinia na temat prestiżu zawodu pielęgniarki. Poglądy dotyczące pozostałych negatywnych stereotypów związanych z zawodem pielęgniarki zmieniły się nieznacznie i nie były to zmiany statystycznie istotne.

Pomiędzy drugim a trzecim rokiem studiów zmieniły się poglądy studentek dotyczące dwóch kolejnych negatywnych stereotypów odnoszących się do ich przyszłego zawodu i tak, jak poprzednio, jedna zmiana miała charakter pozytywny, a druga negatywny. W przypadku przekonania o „małej samodzielności pielęgniarki w pracy i zależności od lekarza” stopień jego negacji zwiększył się, a więc pojawiła się korzystna zmiana ($p = 0,0066$), podczas gdy zmiana na gorsze nastąpiła w ocenie twierdzenia „praca nisko płatna”, gdzie wskaźnik jego akceptacji wyraźnie się zwiększył ($p = 0,0222$). Nastawienie badanych dotyczące pozostałych negatywnych stereotypów nie zmieniło się w sposób statystycznie istotny.

Wyraźne i liczne zmiany w opiniach badanych dotyczące negatywnych stereotypów związanych z zawodem pielęgniarki zaobserwowano dokonując porównania pomiędzy pierwszym a trzecim rokiem studiów. Korzystne zmiany, istotne statystycznie, dotyczyły wizerunku zawodu pielęgniarki w odniesieniu do następujących, wymienianych już stereotypów: „mała samodzielność pielęgniarki w pracy i zależność od lekarza” ($p = 0,0410$) oraz „praca, w której występuje ciągła styczność ze śmiercią i cierpieniem ludzkim” ($p = 0,0002$).

Z kolei utrwałała się i pogłębiła się negatywna ocena prestiżu zawodu pielęgniarki ($p < 0,0001$) oraz opinia o niskich zarobkach z tytułu wykonywanej pracy ($p = 0,0011$). Niekorzystne i statystycznie istotne zmiany

wystąpiły również w ocenie takich przekonań, jak „praca trudna, męcząca, niewdzięczna” ($p = 0,0453$) oraz „mały szacunek dla pracy pielęgniarki” ($p = 0,0218$).

Analizie statystycznej poddano także ocenę zmian w postrzeganiu wizerunku zawodu pielęgniarki, biorąc pod uwagę sumaryczną ocenę wszystkich twierdzeń składających się na ogólny wizerunek zawodu pielęgniarki. Im wyższy stopień negacji (średnia arytmetyczna), tym bardziej pozytywne postrzeganie wizerunku zawodu pielęgniarki. **Tabela 1** przedstawia wyniki tej analizy.

Tabela 1. Ocena zmian w postrzeganiu wizerunku zawodu pielęgniarki w kolejnych latach studiów pielęgniarskich ($n = 196$)

Table 1. Assessment of changes in the perception of the image of the nursing profession in subsequent years of nursing studies ($n = 196$)

Rok studiów/ Year of study	Parametry statystyczne sumarycznej oceny postrzegania wizerunku zawodu pielęgniarki (negacja stereotypów)/ Statistical parameters of the total assessment of the perception of the nursing profession image (negation of stereotypes)		Ocena zmian w kolejnych latach studiów/ Assessment of changes in subsequent years of study	Testy dla prób powiązanych/ Tests for related samples	
	X±SD	ME [min – maks]		Test znaków - wartość testu i p/ Sign test – Test value and p	Test kolejności par Wilcoxona – wartość testu i p/ Wilcoxon matched – pair test – test value and p
I	18,87±3,77	19 [11 – 30]	pierwszy vs. drugi/ first vs. second	1,94 p= 0,0523	2,38 p= 0,0174
II	18,19±3,50	18 [10 – 30]	drugi vs. trzeci/ second vs. third	0,08 p= 0,9381	0,27 p= 0,7852
III	18,06±3,91	18 [10 – 30]	pierwszy vs. trzeci/ first vs. third	2,28 p= 0,0266	2,17 p= 0,0302

n – liczba studentów; X – średnia arytmetyczna (stopień negacji negatywnego wizerunku zawodu); SD – odchylenie standardowe; ME – mediana; min – minimum; maks – maksimum; p – poziom istotności; vs (versus) – w porównaniu do
n – number of students; X – mean average (the degree of negation of negative image of the profession); SD – standard deviation; ME – median; min – minimum; max – maximum; p – significance level; vs. – versus

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Wykonana analiza wykazała, że w kolejnych latach studiów globalny wizerunek zawodu pielęgniarki w ocenie studentów stawał się bardziej negatywny. Najbardziej pozytywny wizerunek zawodu pielęgniarki prezen-

towały studentki rozpoczynające studia pielęgniarские, a najbardziej negatywny, te same studentki rozpoczynające trzeci rok studiów. Zmiana pomiędzy pierwszym a drugim rokiem studiów była statystycznie istotna, podobnie jak zmiana na trzecim roku w stosunku do roku pierwszego.

Dyskusja

Właściwy wizerunek zawodu stanowi o jego prestiżu i pozycji zarówno wśród różnych zawodów w hierarchii społecznej, jak i wśród zawodów medycznych [2]. Wyniki badań przeprowadzonych w 2013 roku przez Centrum Badań Opinii Społecznej (CBOS) wskazują na zaskakująco wysoką pozycję pielęgniarstwa w hierarchii prestiżu profesji, których cechą wspólną jest duża użyteczność społeczna. Pielęgniarstwo zajmuje tu szóste miejsce (78% deklaracji dużego poważania), potem zawód nauczyciela i lekarza [10]. W badaniach przeprowadzonych w 2016 roku również przez CBOS wśród 24 zawodów ocenianych pod kątem postrzeganej uczciwości i rzetelności ich przedstawicieli, zawód pielęgniarki zajął drugą pozycję [11].

Dane te pokazują, że zawód pielęgniarki rozpatrywany pod kątem użyteczności społecznej cieszy się stosunkowo dużym szacunkiem. Pomimo to jest niekorzystnie postrzegany przez samych studentów pielęgniarstwa, co dokumentują badania własne, a także inne doniesienia z badań pojawiające się w literaturze pielęgniarskiej [12, 13, 14].

W badaniach własnych przewidywano, że w miarę postępu kształcenia na studiach pielęgniarских, rozwijania swej wiedzy i kompetencji, badani studenci będą prezentować coraz bardziej pozytywny obraz zawodu, podkreślający nie tylko formalną wiedzę i umiejętności, ale także szacunek dla tego zawodu. Wyniki badania jednak wykazały, że w kolejnych latach studiów postrzeganie zawodu pielęgniarki stopniowo stawało się coraz bardziej negatywne, a zmiany pomiędzy pierwszym i drugim oraz pierwszym i trzecim rokiem okazały się wyraźne (statystycznie istotne). Potwierdzają to inne badania, w których studenci w kolejnych latach studiów twierdzą rzadziej, iż jest to zawód ciekawy i z przyszłością, a częściej mają przeświadczenie, że jest to zawód trudny, podwyższonego ryzyka, źle opłacany w Polsce [12]. Z kolei w innych badaniach 30% respondentów bardziej negatywnie postrzegało zawód pielęgniarki po zakończeniu edukacji, argumentując to trudną i ciężką pracą, małymi zarobkami i brakiem pozytywnych przemian w służbie zdrowia, ale też u prawie połowy badanych (47,5%) postrzeganie zawodu zmieniło się na bardziej pozytywne [14].

W badaniach własnych analiza poszczególnych stereotypów składających się na wizerunek zawodu

pielęgniarki wykazała, że u badanych studentów pielęgniarstwa podczas studiów słabną takie przekonania, jak „mała samodzielność pielęgniarki w pracy i zależność od lekarza” oraz „praca, w której występuje ciągła styczność ze śmiercią i cierpieniem ludzkim”. Natomiast rośnie negatywna ocena dotycząca prestiżu zawodu i szacunku dla niego, wynagrodzenia z tytułu wykonywanej pracy oraz umacnia się przekonanie, że praca pielęgniarki jest trudna, męcząca i niewdzięczna. Powyższe stereotypy potwierdzane przez badane studentki w kolejnych latach ich studiów, znajdują odzwierciedlenie w analizie badań publikowanych w literaturze pielęgniarskiej na przestrzeni ostatnich kilku lat. W badaniach tych studenci pielęgniarstwa identyfikowali pracę pielęgniarki z niskim wynagrodzeniem i brakiem perspektyw rozwoju [15], brakiem szacunku dla zawodu, ciężką pracą i niskimi zarobkami [14, 16]. Inne badania dotyczące tego problemu potwierdzają, że znaczny odsetek badanych studentów uważa zawód pielęgniarki za mało prestiżowy [12, 13] i nisko ocenia jego pozycję społeczną i zawodową na tle innych zawodów medycznych [12, 17, 18].

Analiza cytowanych powyżej wyników badań wykazała również, że negatywne postrzeganie zawodu pielęgniarki sprawia, że ponad 30% [16] lub nieco poniżej (27,5%) badanych [14] wybrałoby inny kierunek studiów w przypadku ponownego wyboru. Według niektórych badań studia pielęgniarские ponownie wybrałoby zaledwie 33% badanych kobiet i 20% badanych mężczyzn [17]. Według 30% badanych studentów doświadczenia zdobyte podczas studiowania wpłynęły na nich negatywnie, osłabiając motywację związaną z wyborem zawodu [14]. Badania te pokazują, że negatywna percepcja pielęgniarstwa może wpływać na już podjętą decyzję wyboru pielęgniarstwa jako przyszłego zawodu i być źródłem frustracji studentów oraz w niektórych przypadkach przyczyną rezygnacji ze studiów pielęgniarских.

Wyniki badań zagranicznych przynoszą różne, czasem sprzeczne wyniki dotyczące postrzegania zawodu pielęgniarki przez studentów pielęgniarstwa. W dużym stopniu związane jest to zapewne z czynnikami kulturowymi, charakterystycznymi dla danego kraju. Badania prowadzone w Stanach Zjednoczonych wykazały pozytywne postrzeganie zawodu pielęgniarki [19]. Pozytywny wizerunek pielęgniarstwa posiadali również studenci kanadyjscy tak na początku, jak i na końcu studiów pielęgniarских. Jednak okazało się, że studenci kończący studia rzadziej niż studenci pierwszego roku twierdzili, że pielęgniarstwo jest cenionym zawodem [20]. Natomiast w badaniach przeprowadzonych wśród studentów pielęgniarstwa w Korei Południowej wykazano, iż studenci nie mają pozytywnego wizerunku tego zawodu

du [21]. Z kolei studenci pielęgniarstwa na Cyprze mieli dość ambiwalentne, zarówno pozytywne, jak i negatywne, wyobrażenia na temat zawodu pielęgniarki, a 27,1% z nich uważało, że pielęgniarstwo posiada negatywny obraz w społeczeństwie [22].

Analiza prac empirycznych zawartych w polskim piśmiennictwie dokumentuje, że wizerunek zawodu może mieć wpływ na motywację do jego podjęcia przez młodych ludzi, którzy stoją przed decyzją wyboru zawodu. Badania polskie, przeprowadzone wśród młodzieży szkół ponadgimnazjalnych i licealnych, wykazały stosunkowo niskie zainteresowanie uczniów studiami na kierunku pielęgniarstwo [23, 24, 25, 26]. Czynnikiem zniechęcającym do wyboru zawodu pielęgniarki była zwykle opinia rówieśników i społeczeństwa o zawodzie, obraz pielęgniarstwa pokazywany w mediach [24], niskie wynagrodzenie, duża odpowiedzialność, niski prestiż [23], nadmiar obowiązków i zbyt mała obsada kadrowa [26]. Zawód ten większość badanej młodzieży postrzegała jako pomocniczy i zależny od lekarza [23, 24, 26]. W badaniach zagranicznych wykazano, że jednym z czynników wpływających na wybór pielęgniarstwa wśród studentów w Irlandii był pozytywny wizerunek zawodu i jego statusu społecznego [27]. Podobnie w badaniach przeprowadzonych wśród studentów pielęgniarstwa wyspiarskich krajów Pacyfiku wykazano, że do wyboru pielęgniarstwa motywowała ich głównie atrakcyjność i pozytywne postrzeganie tego zawodu [28].

Wnioski

1. W kolejnych latach studiów pielęgniarstwach pierwszego stopnia postrzeganie wizerunku zawodu pielęgniarki przez badanych studentów stawało się bardziej negatywne.
2. Wizerunek zawodu jest ważnym czynnikiem wpływającym na wybór pielęgniarstwa jako przyszłego zawodu bądź na motywację do jego wykonywania w razie już podjętej decyzji.
3. Istnieje potrzeba aktualizacji i wzmacniania pozytywnego wizerunku pielęgniarstwa w społeczeństwie i środowisku zawodowym, a szczególnie w trakcie studiów pielęgniarstwach.

Piśmiennictwo

1. Nyklewicz W. Wizerunek zawodowy pielęgniarek. Udawanie czy profesjonalizm. *Mag Pielęg Położ.* 2005; 4: 10–11.
2. Żychowska R. Wizerunek polskiej pielęgniarki i położnej w mediach publicznych i prywatnych oraz w prasie zawodowej. W: Rogala-Pawelczyk G, Kubajka-Piotrowska J. (red.). *Materiały Konferencji Międzynarodowej – Wizerunek pielęgniarki i położnej na tle nowych wyzwań w pielęgniarstwie polskim i europejskim.* Warszawa: Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, 2009: 37–47.
3. Włodarczyk D, Tobolska B. Wizerunek zawodu pielęgniarki z perspektywy lekarzy, pacjentów i pielęgniarek. *Med Pr.* 2011; 62(3): 269–279.
4. Nowicka AD. Jak wzmocnić swój wizerunek jako profesjonalnej pielęgniarki. <https://medycynaipasje.com.pl/a2674/jak-wzmocnic-swoj-wizerunek-jako-profesjonalnej-pielęgniarki-.html> (dostęp 8.03.2018).
5. Ciechaniewicz W, Matejczuk D. Stereotyp pielęgniarki i pielęgniarstwa. W: Gozdek N. (red.). *Rozmowy o profesjonalizacji w pielęgniarstwie w 40. rocznicę akademickiego kształcenia pielęgniarek w Polsce, Lublin 1969–2009.* Lublin: Wydawnictwo WERSET, 2009: 52–66.
6. Rezaei-Adaryani M, Salsali M, Mohammadi E. Nursing image: an evolutionary concept analysis. *Contemp Nurse.* 2012; 43(1): 81–89.
7. ten Hoeve Y, Jansen G, Roodbol P. The nursing profession: public image, self-concept and professional identity. A discussion paper. *J Adv Nurs.* 2014; 70(2): 295–309.
8. NIPiP: Potrzebne są zachęty dla absolwentów pielęgniarstwa i położnictwa. <https://everethnews.pl/newsy/nipip-potrzebne-sa-zachety-dla-absolwentow-pielęgniarswa-i-polożnictwa/> (dostęp 2.01.2019).
9. W Polsce nie opłaca się być pielęgniarką. Zachętą mogą być dodatkowe benefity. <http://www.medonet.pl/zdrowie,w-pol-sce-nie-oplaca-sie-byc-pielęgniarka--zachęta-moga-byc-dodatkowe-benefity,artykul,1725186.html> (dostęp 2.01.2019).
10. Centrum Badania Opinii Społecznej: Prestiż zawodów. Warszawa 2013. http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2013/K_164_13.PDF (dostęp 18.08.2014).
11. Centrum Badania Opinii Społecznej. Społeczne oceny uczciwości i rzetelności zawodowej. Warszawa 2016. http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2016/K_034_16.PDF (dostęp 8.03.2018).
12. Sochocka L. Postrzeganie zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza przez studentów kierunku pielęgniarstwo na kolejnych etapach kształcenia. *Piel Zdr Publ.* 2014; 4(2): 109–116.
13. Leńczuk-Gruba A, Zapart K, Witczak A. Prestiż ważnym elementem zawodu pielęgniarstwowego. W: Sienkiewicz Z, Wójcik G. (red.). *Wybrane zagadnienia z praktyki pielęgniarstwowej.* Cz. 1. Warszawa: Warszawski Uniwersytet Medyczny, 2011: 89–99.
14. Fraś M, Turbiarz A, Kolonko J, Kadłubowska M, Kudłacik B. Pielęgniarskie studia licencjackie – wyobrażenia i rzeczywistość. *Pielęg XXI w.* 2012; 4(41): 11–15.
15. Krajewska-Kułak E, Van Damme-Ostapowicz K, Bielemuk A, Penar-Zadarko B, Rozwadowska E, Lewko J, Kowalewska B, Kondzior D, Kowalczyk K, Klimaszewska K, Terlikowski R. Samoocena postrzegania zawodu pielęgniarki oraz zdolności rozumienia empatycznego innych ludzi przez studentów pielęgniarstwa. *Probl Pielęg.* 2010; 1(1): 1–10.
16. Kropiwnicka E, Orzechowska A, Cholewska M, Krajewska-Kułak E. Determinanty wyboru zawodu, poziom aspiracji oraz plany na przyszłość studentów kierunku lekarskiego i pielęgniarstwa Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. *Probl Pielęg.* 2011; 19 (1): 70–80.
17. Gotlib J, Łabęda W. Postrzeganie zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza przez studentów Akademii Medycznej w Warszawie. *Pielęg XXI w.* 2008; 1(22): 25–30.
18. Koralewicz D, Kuriata-Kościełniak EI, Mróz S. Opinia studentów pielęgniarstwa na temat wizerunku zawodowego pielęgniarek w Polsce. *Piel Zdr Publ.* 2017; 7(4): 285–292.
19. Fillman VM. Career interest, self-efficacy, and perception in undecided and nursing undergraduate students: A quantitative study. *Nurse Educ Today.* 2015; 35(1): 251–255.

20. Grainger P, Bolan C. Perceptions of nursing as a career choice of students in the Baccalaureate nursing program. *Nurse Educ Today*. 2006; 26(1): 38–44.
21. Cho SH, Jung SY, Jang S. Who enters nursing schools and why do they choose nursing? A comparison with female non-nursing students using longitudinal data. *Nurse Educ Today*. 2010; 30(2): 180–186.
22. Dal U, Arifoğlu BÇ, Razi G.S. What factors influence students in their choice of nursing in North Cyprus? *Procedia Soc Behav Sci*. 2009; 1(1): 1924–1930.
23. Mędrzycka-Dąbrowska W, Bąkowska G, Kwiecień-Jaguś K, Gaworska-Krzemińska A. Postrzeganie zawodu pielęgniarki przez młodzież szkół ponadgimnazjalnych jako wybór przyszłego zawodu – doniesienia wstępne. *Probl Pielęg*. 2012; 20(2): 192–200.
24. Franek G, Kulik K, Ferdyn M. Zainteresowanie zawodem pielęgniarki wśród młodzieży szkół licealnych. *Probl Pielęg*. 2012; 20(4): 423–430.
25. Krzos A, Rząca M, Zaniuk M, Gębka M, Kozioł A, Szmołda I, Sikorska I. Postrzeganie zawodu pielęgniarki przez uczniów szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych. W: Zagroba M, Wiśniewska E, Ostrowska B, Marcysiak M, Skotnicka-Klonowicz G. (red.). *Pielęgniarstwo wczoraj, dziś, jutro ... T. 2. Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Ciechanowie, Ciechanów* 2013: 118–126.
26. Pierzak M. Pielęgniarstwo jako zawód uprawiany w przyszłości – opinia młodzieży klas maturalnych. *Journal of Education, Health and Sport*. 2017; 7(7): 125–140.
27. McLaughlin K, Moutray M, Moore C. Career motivation in nursing students and the perceived influence of significant others. *J Adv Nurs*. 2010; 66(2): 404–412.
28. Usher K, West C, Macmanus M, Waqa S, Stewart L, Henry R, Lindsay D, Conaglen J, Hall J, McAuliffe M, Redman-MacLaren M. Motivations to nurse: an exploration of what motivates students in Pacific Island countries to enter nursing. *Int J Nurs Pract* 2013; 19(5): 447–454.

Artykuł przyjęty do redakcji: 17.07.2018.

Artykuł przyjęty do publikacji: 08.02.2019.

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.

Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:

Małgorzata Dziubak
ul. Zamoyskiego 58
30-523 Kraków
tel. 12 6563727
fax. 12 6563727
e-mail: m.dziubak@uj.edu.pl
Pracownia Podstaw Opieki Późnożyciowej
Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

■ SKUTECZNOŚĆ TRENINGU REDUKCJI STRESU OPARTEGO NA UWAŻNOŚCI JAKO METODY WSPARCIA PERSONELU PIEŁĘGNIARSKIEGO W RADZENIU SOBIE ZE STRESEM I WYPALENIEM ZAWODOWYM

THE EFFECTIVENESS OF MINDFULNESS STRESS BASED REDUCTION TRAINING AS A METHOD OF SUPPORTING NURSES IN COPING WITH STRESS AND BURNOUT

Błaszczak Anna

Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie, Instytut Psychologii

DOI: <https://doi.org/10.20883/pielpol.2019.26>

STRESZCZENIE

Artykuł podnosi kwestię zagrożeń zawodowych w pracy pielęgniarek. Skupia się przede wszystkim na problematyce stresu i wypalenia oraz możliwościach przeciwdziałania tym zjawiskom. W opracowaniu zasygnalizowane zostały przyczyny obciążenia psychicznego personelu pielęgniarskiego, a następnie zaprezentowano trening redukcji stresu oparty na uważności (MBSR) będący metodą wsparcia w radzeniu sobie z wymaganiami podejmowanych zadań. Przedstawiono również wyniki badań wykazujące skuteczność treningu MBSR w redukcji doświadczanego stresu i objawów wypalenia wśród pielęgniarek.

SŁOWA KLUCZOWE: wypalenie zawodowe, stres, pielęgniarstwo, uważność, Mindfulness, MBSR.

ABSTRACT

The paper refers to the problem of stress and burnout experienced by nurses and discusses possibilities of preventing those main reasons for decreased job satisfactions. In the elaboration the sources of stress in the nurse's work were presented as well as Mindfulness Based Stress Reduction training as a response to those psychosocial difficulties. Studies that demonstrate effectiveness of MBSR in decreasing experienced stress and symptoms of burnout were presented and discussed.

KEYWORDS: burnout, stress, nursing, Mindfulness, MBSR.

Problematyka stresu i wypalenia w zawodzie pielęgniarek jest szeroko omawiana w literaturze [1, 7]. Tak duże zainteresowanie tematem wynika z tego, że właśnie ta grupa jest szczególnie narażona na różnego rodzaju zagrożenia będące konsekwencją wykonywanej pracy [2-11, 19]. Wśród źródeł obciążenia psychicznego doświadczanego przez aktywne zawodowo pielęgniarki i położne wymienia się najczęściej codzienne i stałe ryzyko kontaktu z czynnikami szkodliwymi lub niebezpiecznymi [11-13]; kontakt ze śmiercią i cierpieniem oraz odpowiedzialność za zdrowie i życie drugiego człowieka [6, 9, 16]; konieczność podejmowania szybkich decyzji oraz wymóg czujności, kontroli i dokładności szczególnie w sytuacjach trudnych [9, 17, 18]; a także narażenie na pretensje i agresję ze strony pacjentów lub ich rodzin [6, 11].

Znaczący i długotrwały stres w pracy często prowadzi do rozwoju objawów wypalenia zawodowego, takich jak wyczerpanie emocjonalne, depersonalizacja (cynizm) oraz obniżenie poczucia kompetencji

i dokonań osobistych [19, 20]. Ze względu na charakter wskazanych obciążeń psychologicznych w zawodzie pielęgniarek to właśnie wyczerpanie emocjonalne jest jednym z najczęściej zgłaszanych przez nie objawów [8, 20-21]. W modelu Maslach [19] zjawisko to odnosi się do poczucia jednostki, że jest nadmiernie obciążona psychospołecznie i emocjonalnie, a jej zasoby psychiczne zostały znacząco uszczuplone. Taka sytuacja ma miejsce wtedy, gdy doświadczany stres jest silny i trwały, a stosowane strategie radzenia sobie z nim są mało skuteczne.

Pozostałe symptomy składające się na zespół wypalenia zawodowego (depersonalizacja i poczucie braku dokonań osobistych) są nie mniej ważne dla efektywności pracy pielęgniarek [9] i satysfakcji pacjentów [10]. Depersonalizacja oznacza utratę wrażliwości i obojętne lub bezduszne reagowanie na innych ludzi, którzy są odbiorcami usług danej osoby lub podmiotem opieki z jej strony [20]. Poczucie braku dokonań osobistych związane jest z negatywną oceną własnych kompeten-

cji zawodowych i rezultatów swojej pracy, poczuciem niemocy i bezradności oraz często formułowanym przez osoby wypalone przekonaniem: „ja się do tego nie nadaję”. Jak wykazują badania [18, 20, 22], nasilenie tych dwóch objawów wśród polskich pielęgniarek jest relatywnie niższe, niż ma to miejsce w przypadku wyczerpania emocjonalnego. Oznacza to, że mimo obciążenia psychicznego wrażliwość na pacjenta, sumienność i zaangażowanie w pracę utrzymuje się na relatywnie wysokim poziomie. Jednak wyraźnie wysokie nasilenie wyczerpania emocjonalnego stanowi ważny sygnał rozwoju zespołu wypalenia zawodowego, któremu należy przeciwdziałać [7, 19, 22].

Wniosek o nasilaniu się obserwowanych w badaniach objawów zespołu wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek oraz postulat konieczności przeciwdziałania temu zjawisku podnoszą wszystkie cytowane w opracowaniu źródła dotyczące problematyki stresu w tym zawodzie [1-22]. Odpowiednie wsparcie psychologiczne wydaje się niezbędne, by zapobiegać jego indywidualnym i społecznym konsekwencjom. Niestety, mimo wyraźnego zapotrzebowania, w Polsce niedostępne są takie profesjonalne grupy wsparcia psychologicznego [20]. Jedną z technik powszechnie wykorzystywaną na świecie, by wesprzeć personel pielęgniarski w radzeniu sobie z obciążeniem psychicznym i przeciwdziałać objawom wypalenia zawodowego, jest trening redukcji stresu oparty na uważności (*Mindfulness Based Stress Reduction* – MBSR). Celem artykułu jest przybliżenie technik opartych na uważności oraz treningu MBSR jako metod ułatwiających radzenie sobie ze stresem i wypaleniem zawodowym u pielęgniarek oraz promocja tej metody wsparcia personelu pielęgniarskiego w Polsce. W dalszej części opracowania zaprezentowane zostaną założenia tej metody oraz wyniki badań wykazujące jej skuteczność w zmniejszaniu doświadczanego przez pielęgniarki obciążenia psychicznego.

Trening redukcji stresu oparty na uważności (MBSR) jako metoda wsparcia psychologicznego

Trening redukcji stresu oparty na uważności to 8-tygodniowy program stworzony przez Jona Kabata-Zinna [23] mający na celu obniżenie napięcia emocjonalnego oraz poziomu odczuwanego stresu poprzez ćwiczenie umiejętności koncentracji na bieżących doświadczeniach. W jego przebiegu rozwijana jest postawa „uważności” lub „uważnej obecności”, czyli „świadomego doświadczania życia, jego każdego momentu z życzliwością i akceptacją” [24]. Dzięki specjalnym ćwiczeniom wymagającym świadomego kierowania uwagą, uczestnicy treningu uczą się rozpoznawać swoje automatyczne reakcje i zastępować je świadomymi [25].

Rozwijają też akceptację i cierpliwość oraz kształtują życzliwość, nieosądzającą, postawę wobec siebie i otaczającego świata [23].

Jednym z modeli wyjaśniających mechanizm wpływu uważności na stan psychiczny jednostki [26, 27] jest postulowana przez Creswella hipoteza „bufora stresu” (*mindfulness stress buffering hypothesis*) [28, 29]. Według tego badacza uważność działa jak tarcza ochronna – łagodzi ocenę sytuacji trudnej i pozwala przyjrzeć się jej z dystansu. Na poziomie fizjologicznym taka zmiana interpretacji doświadczenia przekłada się na mniejszą siłę i łagodniejszy przebieg odpowiedzi organizmu na stres, zmniejszając w ten sposób jej negatywne konsekwencje [30].

Pogłębiona analiza argumentów neurobiologicznych wspierających hipotezę buforową tłumaczy dokładniej, jak uważność modyfikuje proces przetwarzania informacji o stresie na poziomie mózgu i zmienia fałowo przebieg wszystkich kolejnych etapów odpowiedzi fizjologicznej [28–29]. Vetulani [31] wyjaśnia, że uważność, jako cecha lub proces świadomego skupienia uwagi na otaczającej nas rzeczywistości i naszych doświadczeniach, skutkuje zwiększoną aktywacją kory przedczołowej odgrywającej rolę regulacyjną i hamującą dla obszarów podkorowych odpowiedzialnych za emocje. Uważność wpływa również na rozwój i reaktywność obszarów bezpośrednio odpowiedzialnych za odpowiedź fizjologiczną na stres [29, 31].

Badania prowadzone przez Holzel i współpracowników [34] na Uniwersytecie Harvarda wykazały, że ośmiotygodniowy trening redukcji stresu oparty na uważności powoduje istotne zmiany w gęstości istoty szarej, szczególnie w obszarach odpowiedzialnych za regulację emocji: hipokampie, tylnej korze obręczy czy ciele migdałowatym. Zmiany strukturalne obserwowane w konsekwencji treningu uważności mogą odzwierciedlać poprawę w regulowaniu emocji – lepszy rozwój określonych obszarów oznacza sprawniejsze ich działanie i skuteczniejsze modulowanie pobudzenia. W efekcie zmniejsza się siła odpowiedzi na stres ze strony układu hormonalnego czy autonomicznego układu nerwowego, co istotnie koreluje ze zmniejszeniem odczuwanego napięcia czy obciążenia emocjonalnego [29-32]. Przekłada się to na łagodniejszą w przebiegu reakcję stresową oraz wyższe deklarowane wskaźniki jakości życia (większe zadowolenie, mniejsze napięcie emocjonalne i podwyższenie nastroju) obserwowane w grupach badanych poddanych interwencjom bazującym na uważności [29]. Trening uważności wydaje się zatem idealnie odpowiadać na potrzeby tych osób i grup zawodowych, których codzienne funkcjonowanie związane jest z wysokim poziomem napięcia emocjonalnego i stresu.

Zastosowanie treningu redukcji stresu opartego na uważności (MBSR) jako metody wsparcia personelu pielęgniarskiego

Jedne z pierwszych systematycznych badań nad zastosowaniem treningu MBSR jako metody wsparcia psychologicznego personelu pielęgniarskiego w radzeniu sobie ze stresem zawodowym i jego konsekwencjami prowadzone były przez Cohen-Katz i współpracowników [33–35]. Pielęgniarki pracujące na różnych oddziałach jednego z amerykańskich centrów medycznych przydzielono losowo do grupy poddanej pełnemu 8-tygodniowemu treningowi MBSR (12 osób) oraz grupy kontrolnej (13 osób). W efekcie zastosowanej interwencji zaobserwowano istotne obniżenie nasilenia objawów wypalenia zawodowego w grupie z MBSR w porównaniu do grupy kontrolnej. Co więcej obserwowana zmiana dotyczyła wszystkich komponentów tego zespołu – wyczerpania emocjonalnego, depersonalizacji i poczucia niekompetencji i braku dokonań. Znacząco zmniejszył się również poziom doświadczanego stresu w tej grupie w porównaniu do poziomu wyjściowego oraz poziomu doświadczanego stresu w grupie kontrolnej. Odnotowane zmiany okazały się trwałe i utrzymywały się na istotnym poziomie także w pomiarach dokonanych po 3 miesiącach od zakończenia treningu. Analogiczny wzór wyników uzyskano w porównaniach dokonanych na dwóch kolejnych próbach osób badanych [34–35]. Zebrane dane wykazały skuteczność treningu redukcji stresu opartego na uważności jako metody trwałej redukcji doświadczanego stresu i objawów wypalenia zawodowego u pielęgniarek.

Badania nad skutecznością treningu MBSR jako metody wsparcia personelu pielęgniarskiego prowadzone były również przez Bazanko i współpracowników [36]. Miały na celu określenie, czy niestandardowy (telefoniczny) kurs redukcji stresu oparty na uważności będzie prowadził do poprawy samoświadomości, empatii, poczucia wewnętrznego spokoju oraz zmniejszenia nasilenia doświadczanego stresu i objawów wypalenia. W badaniu udział wzięło 36 aktywnych zawodowo pielęgniarek pracujących w różnych miejscach Stanów Zjednoczonych. Odnotowano istotne zmniejszenie poziomu postrzeganego stresu i objawów wypalenia zawodowego, a zaobserwowana poprawa była względnie trwała i utrzymywała się również w pomiarach dokonywanych 4 miesiące po zakończeniu treningu. Odczuwany dobrostan psychiczny również uległ poprawie. Odnotowano istotny wzrost w zakresie witalności, społecznego funkcjonowania, zdrowia psychicznego i emocjonalnego jak również wewnętrznego spokoju, empatii i życzliwości wobec siebie. Co więcej, uzyskane wyniki sugerują, że

trening MBSR może być skuteczny również wtedy, gdy prowadzony jest w formie telekonferencji.

Mackenzie, Poulin i Seidman-Carlson [37] również testowali skuteczność treningu redukcji stresu opartego na uważności jako techniki wspierającej personel pielęgniarski w radzeniu sobie z symptomami wypalenia, ułatwiającej osiąganie stanu relaksacji oraz podnoszącej dobrostan psychiczny. W tych analizach zastosowano skróconą, 4-tygodniową wersję tradycyjnego programu MBSR. Interwencji poddano 16 aktywnych zawodowo pielęgniarek, dokonując pomiarów zmiennych przed i po treningu. Uzyskane dane zestawiono z zebranymi w analogicznym czasie wynikami pochodzącymi od 14-osobowej grupy kontrolnej. Odnotowano skuteczność skróconej wersji treningu dla doświadczanych symptomów wypalenia zawodowego. Okazało się, że wskaźniki wyczerpania emocjonalnego uległy obniżeniu wśród badanych poddanych treningowi, przy czym były one początkowo znacząco wyższe w tej grupie niż w grupie kontrolnej. Zaobserwowano jednocześnie istotny wzrost ogólnej satysfakcji z życia i zrelaksowania u badanych uczestniczących w kursie MBSR. Nie odnotowano natomiast istotnych zmian w nasileniu tych zmiennych wśród osób z grupy kontrolnej.

Prezentowane badania uwzględniają zróżnicowane interwencje oparte na uważności wykazując ich skuteczność. Wniosek ten jest wzmacniany przez metaanalizy badań wykorzystujących MBSR jako metodę wsparcia personelu medycznego w walce ze stresem i wypaleniem zawodowym. Lomas i współpracownicy [38] przeprowadzili systematyczną analizę danych dotyczący wpływu uważności na dobrostan psychiczny pracowników służby zdrowia. Przeanalizowali wyniki 81 badań, w których uczestniczyło ponad 3000 osób reprezentujących różne profesje medyczne – lekarze, pielęgniarki, położne, ratownicy medyczni, studenci kierunków medycznych. Jedenaście badań uwzględniało wyniki zebrane wyłącznie od personelu pielęgniarskiego, a ich rezultaty okazały się zaskakująco spójne [40]. We wszystkich, w których uwzględniano pomiar wypalenia zawodowego zaobserwowano istotny spadek objawów tego zespołu. Szczególnie silne efekty dotyczyły obniżenia poziomu wyczerpania emocjonalnego i depersonalizacji. Regularnie uzyskiwano również dane wskazujące na wzrost satysfakcji z pracy lub życia i poprawę ogólnego dobrostanu psychicznego.

Podsumowanie i krytyczna refleksja

Zaprezentowane w opracowaniu i obecne w literaturze przedmiotu dane ujawniają spójny obraz wpływu programu MBSR na funkcjonowanie zawodowe badanych pielęgniarek. Wszystkie wykazują skuteczność treningu redukcji stresu opartego na uważności dla poprawy do-

brostanu psychicznego, zmniejszenia postrzeganego stresu i symptomów wypalenia zawodowego. Pokazuje to możliwość realnego wspierania personelu pielęgniarskiego w radzeniu sobie z wymaganiami ich pracy. Mimo że ilość badań poświęconych znaczeniu uważności dla aktywnych zawodowo pielęgniarek jest wciąż niewielka, nurt ten dynamicznie się rozwija dostarczając coraz to nowych i bardziej wnikliwych analiz.

Optyzmem napawa fakt, że spójne wyniki otrzymano bez względu na rodzaj zastosowanej interwencji. Część przytoczonych w tym opracowaniu i obecnych w literaturze badań wprowadzała klasyczny, 8-tygodniowy trening MBSR [23]. Inne analizy biorą pod uwagę jego skrócone wersje [37] lub trening wykorzystujący telefon jako główne medium, zamiast spotkań grupowych [36]. W efekcie tych oddziaływań zmniejszał się poziom doświadczanego stresu oraz objawów wypalenia zawodowego. Sugeruje to znaczący potencjał treningu uważności bez względu na jego ostateczną formę.

Na rzecz trafności i rzetelności uzyskiwanych danych wskazuje również fakt, że istotne efekty uzyskiwano pomimo badania małych grup [37]. W każdym z tych badań porównywano grupy nie większe niż kilkunastoosobowe. Co więcej, analizy prowadzone są w różnych miejscach na świecie: w Stanach Zjednoczonych [32–36], Kanadzie [40], Malezji [41], Japonii [42], Brazylii [43], we Włoszech [44], Korei [45] czy Wielkiej Brytanii [46]. Uzyskiwanie spójnych danych mimo oczywistych różnic kulturowych potwierdza uniwersalność treningu MBSR. Brak jest jednak polskich badań wykazujących pozytywne efekty i skuteczność technik opartych na uważności w naszym kraju.

Warte rozważenia jest również to, że w przytaczanych badaniach dobór do grupy poddanej interwencji nie zawsze był kwestią losową. W badaniach brały udział pielęgniarki, które zadeklarowały chęć udziału w treningu [33–37]. Można zatem przypuszczać, że uczestniczki były przekonane co do zasadności tej techniki i liczyły na jej skuteczność. Taka postawa mogła sprzyjać uzyskiwaniu lub deklarowaniu pozytywnych efektów, szczególnie że zbierane dane oparte były na samoopisie. Niemniej istnieją jednak również dane zobiektywizowane wskazujące na określone procesy fizjologiczne następujące na skutek interwencji opartych na uważności, które mogą być odpowiedzialne za obserwowane zmiany w funkcjonowaniu psychologicznym [29, 31, 32]. Wyjaśnia to proces leżący u podstaw zmian odnotowywanych w badaniach opisanych w tym opracowaniu i wzmacnia ich wartość jako argumentów empirycznych.

Kolejnym aspektem prezentowanych badań wartym krytycznej refleksji, a wynikającym z faktu, że udział w grupie z interwencją wynikał z preferencji badanych jest to, że zainteresowanie i chęć udziału w takim kur-

sie może wskazywać na określone cechy indywidualne badanych pielęgniarek. Być może chodzi o zwiększoną uważność jako cechę, co wyjaśniałoby spójność wyników [30]. Jednak w badaniach, gdzie tą zmienną mierzono przed treningiem w grupie z interwencją i w grupie kontrolnej, takich różnic nie odnotowano [32–35]. Mimo to zasadne wydaje się podejrzenie, że może istnieć charakterystyka, która zwiększa gotowość do angażowania się w takie projekty oraz podatność na ich wpływ (większa wrażliwość, refleksyjność czy też otwartość na doświadczenia). Badania różnych prób klinicznych nad skutecznością treningu redukcji stresu opartego na uważności sugerują istotne znaczenie różnic indywidualnych jako zmiennej moderującej obserwowane efekty [30].

Co więcej, badane grupy mimo swojej specyfiki wydają się dość niejednorodne. Wyniki zebrano od personelu pielęgniarskiego pracującego na różnych oddziałach, na pełen etat lub tylko jego część, na różnych zmianach. Uczestnicy różnili się stażem pracy, wiekiem, poziomem zaangażowania, odpowiedzialności zadań czy autonomii w pracy, jak również czynnikami nie związanymi z funkcjonowaniem zawodowym, takimi jak: wsparcie społeczne, problemy osobiste, stosowane strategie radzenia sobie ze stresem. Wydaje się, że te zmienne mogą mieć istotne znaczenie dla uzyskiwanych wyników i należało by je kontrolować w dalszych badaniach nad skutecznością treningu MBSR w tej grupie zawodowej [37]. Być może okaże się, że trening jest skuteczny w przypadku niektórych osób i ich problemów, ale nieskuteczny w innych.

Bez względu na uwagi krytyczne wobec przeprowadzonych badań uzyskiwane dane są niezwykle obiecujące. Wskazują one jednoznacznie na skuteczność treningu MBSR jako metody wsparcia personelu pielęgniarskiego w radzeniu sobie z wyzwaniami zawodowymi. Ujawniają jednocześnie potencjał technik opartych na uważności jako strategii, która może być z powodzeniem wykorzystywana przez pielęgniarki w walce ze stresem i wypaleniem. Wsparcie tej grupy zawodowej ma bezpośrednie znaczenie dla ich satysfakcji z pracy i ogólnego dobrostanu psychicznego, jak również dla jakości realizowanych zadań. Jak wykazują badania nasilenie symptomów wypalenia zawodowego u pielęgniarek przekłada się na obniżenie zadowolenia pacjentów z opieki [10], zwiększoną umieralność pacjentów (w ciągu 30 pierwszych dni po przyjęciu na oddział) oraz zwiększoną rotację personelu pielęgniarskiego [9]. Wskazują to na niezwykle znaczenie i konieczność wprowadzenia odpowiednich, profesjonalnych oddziaływań przeciwdziałających konsekwencjom stresu i wypalenia zawodowego w pracy pielęgniarek. Trening redukcji stresu oparty na uważności wydaje się być odpowiednią na tę potrzebę.

Piśmiennictwo

1. Gotlib J, Panczyk M, Zarzeka A, Iwanow L, Samoliński Ł, Belowska J. Wypalenie zawodowe w grupie pielęgniarek – przegląd aktualnego polskiego piśmiennictwa naukowego. *Piel Pol.* 2017;1(63):125–130.
2. Nowakowska I, Rasińska R, Roszak K, Bańkowska A. Pielęgniarsztwo – zawód szczególnie narażony na stres i wypalenie. Wybrane założenia teoretyczne i wstępne doniesienie z badań – część I. *Piel Pol.* 2017;1(63):120–124.
3. Nowakowska I, Roszak K, Rasińska R, Bańkowska A. Pielęgniarsztwo – zawód szczególnie narażony na wypalenie zawodowe – część II. Doniesienie z badań. *Piel Pol.* 2017;2(64):236–239.
4. Gugala B. Stres w pracy pielęgniarek. *Piel Pol.* 2003; 1: 18–23.
5. Gugala B. Obciążenie stresem a umiejętność radzenia sobie z nim. *Piel Pol.* 2003; 7: 18–19.
6. Kędra E, Sanak K. Stres i wypalenie zawodowe w pracy pielęgniarek. *Piel Zdr Pub.* 2013; 3: 119–132.
7. Sęk H. Zespół wypalenia zawodowego. Podmiotowe uwarunkowania skuteczności radzenia sobie ze stresem. Poznań: Domke; 1996.
8. Lomas T, Medina J, Iltzan I, Rupprecht S, Eiroa-Orosa F. A Systematic Review of the Impact of Mindfulness on the Well-Being of Healthcare Professionals. *J Clin Psychol.* 2017; 1: 1–37.
9. Aiken L, Clarke S, Sloane D, Sochalski J, Silber J. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA.* 2002; 288: 1287–1993.
10. Vahey D, Aiken L, Sloane D, Clarke S, Vargas D. Nurse burnout and patient satisfaction. *MedCare.* 2004; 42: 57–66.
11. Kowalczyk K, Krajewska-Kułak E, Ostapowicz-Vandame K, Kułak W. Narażenie na czynniki niebezpieczne i szkodliwe w pracy pielęgniarek i położnych. *Prob Piel.* 2010; 18: 353–357.
12. Cisowska B. Czynniki ryzyka zawodowego – wpływ na pielęgniarki i pacjentów. *Mag Piel Półn.* 2013; 11: 5–6.
13. Główny Inspektorat Sanitarny. Zranienia ostrymi narzędziami. Przewodnik po rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 czerwca 2013 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie ostrymi narzędziami używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych [Internet]. Pobrano [31.10.2017] z https://gis.gov.pl/images/ep/podmioty_lecznicze/raport_zon_final.pdf.
14. Garus-Pakowska A, Szatko F. Ekspozycje przez skórę personelu medycznego. *Med. Prac.* 2011; 62: 473–480.
15. Parszuto J. Narażenia zawodowe pielęgniarek i położnych. Choroby zawodowe pielęgniarek można ograniczyć. *Mag Piel Półn.* 2010; 3: 13–14.
16. Majchrowska G, Tomkiewicz K. Stres i wypalenie zawodowe w zawodzie pielęgniarki – wyniki badań pielęgniarek z SOR ZZOZ Cieszyn. *Piel Pol.* 2015; 3: 267–272.
17. Wzorek A. Porównanie przyczyn stresu wśród pielęgniarek pracujących na oddziałach o różnej specyfice. *Stud Med.* 2008; 11: 33–37.
18. Widerszal-Bazyl M, Radkiewicz P. (2005). Stres w pracy pielęgniarek – Projekt badawczy NEXT. *Mag Piel Półn.* 2005; 7-8: 8–9.
19. Maslach Ch. Wypalenie w perspektywie wielowymiarowej. W: Sęk H (red.). Wypalenie zawodowe. Przyczyny. Mechanizmy. Zapobieganie. Warszawa: PWN; 2000.
20. Modzelewska T, Kulik T. (2003). Stres zawodowy jako nieodłączny element zawodów profesjonalnego pomagania – sposoby radzenia sobie ze stresem w opinii pielęgniarek. *Ann UMCS Sec D.* 2003; 161: 311–315.
21. Ogińska J, Żuralska R. Wypalenie zawodowe wśród pielęgniarek pracujących na oddziałach neurologicznych. *Probl Piel.* 2010; 18: 435–442.
22. Marcysiak M, Dąbrowska O, Marcysiak M. Wypalenie zawodowe a radzenie sobie ze stresem pielęgniarek. *Probl Piel.* 2014; 22: 312–318.
23. Kabat-Zinn J. Życie piękna katastrofa. Warszawa: Wydawnictwo Czarna Owca; 2009.
24. Marcinkowska-Wróbel L. Mindfulness [Internet]; 2016. Pobrano [14.09.2017] z <http://lucynamarcinkowska.wixsite.com/mindfulness-lublin/mindfulness>.
25. Bishop S, Lau M, Shapiro S, Carlson L, Anderson N, Carmody J. Mindfulness: An operational definition. *Clin Psychol.* 2004; 11: 230–241.
26. Dobkin P. Mindfulness-based stress reduction: what processes are at work? *Complement Ther Clin Pract.* 2008; 14: 8–16.
27. Shapiro S, Carlson L, Astin J, Freedman B. Mechanisms of mindfulness. *J Clin Psychol.* 2006; 62: 373–386.
28. Creswell J, Lindsay E. How does mindfulness training affect health? A mindfulness stress buffering account. *Curr Dir Psychol Sci.* 2014; 23: 401–407.
29. Creswell J. Biological Pathways Linking Mindfulness with Health. W: Brown K, Creswell J, Ryan R (red.). *Handbook on Mindfulness. Theory, Research and Practice* NowyJork: The Guilford Press; 2014.
30. Brown K, Weinstein N, Creswell J. Trait mindfulness modulates neuroendocrine and affective responses to social evaluative threat. *Psychoneuroendocrinology.* 2012; 37: 2037–2041.
31. Vetulani J. Duch i materia. Jak medytacja zmienia mózg [Internet]; 2011. Pobrano [20.09.2017] z <https://vetulani.wordpress.com/2011/02/10/duch-i-materia-medytacja-zmienia-mozg/>.
32. Hozel B, Carmody J, Vangel M, Congleton Ch, Yerramsetti S, Gard T, Lazar S. Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density. *Psychiatry Res.* 2011; 191, 36–43.
33. Cohen-Katz J, Wiley S, Capuano T, Baker D, Shapiro S. The effects of mindfulness-based stress reduction on nurse stress and burnout: a quantitative and qualitative study. *Holist Nurs Pract.* 2004; 18, 302–308.
34. Cohen-Katz J, Wiley S, Capuano T, Baker D, Kimmel S, Shapiro S. The effects of mindfulness-based stress reduction on nurse stress and burnout. Part II: A qualitative and quantitative study. *Holist Nurs Pract.* 2005; 19, 26–35.
35. Cohen-Katz J, Wiley S, Capuano T, Baker D, Deitrick L, Shapiro S. The effects of mindfulness-based stress reduction on nurse stress and burnout: a qualitative and quantitative study, part III. *Holist Nurs Pract.* 2005; 19, 78–86.
36. Bazanko D, Cate R, Azocar F, Kreitzer M. The Impact of an Innovative MindfulnessBased Stress Reduction Program on the Health and Well-Being of Nurses Employed in a Corporate Setting. *J Workplace Behav Health.* 2013; 28, 107–133.
37. Mackenzie C, Poulin P, Seidman-Carlson R. A brief mindfulness-based stress reduction intervention for nurses and nurse aides. *Appl Nurs Res.* 2006; 19, 105–109.
38. Lomas T, Medina J, Iltzan I, Rupprecht S, Eiroa-Orosa F. A Systematic Review of the Impact of Mindfulness on the Well-Being of Healthcare Professionals. *J Clin Psychol.* 2017; 1, 1–37.
39. Smith S. Mindfulness-Based Stress Reduction: An Intervention to Enhance the Effectiveness of Nurses' Coping With Work-Related Stress. *Int J Nurs Knowl.* 2014; 25, 119–130.
40. Young L, Bruce A, Turner L, Linden W. Evaluation of mindfulness-based stress reduction intervention. *Can Nurse.* 2001; 97: 23–26.

41. Lan H, Subramanian P, Rahmat N, Kar P. The effects of mindfulness training program on reducing stress and promoting well-being among nurses in critical care unit. *AJAN*. 2014; 31, 22–31.
42. Ando M, Natsume T, Kukihara H, Shibata H, Ito S. Efficacy of mindfulness-based meditation therapy on the sense of coherence and mental health of nurses. *Health*. 2011; 3, 108–122.
43. Santos T, Kozasa E, Carmagnani I, Tanaka L, Lacerda S, Nogueira-Martins L. Positive Effects of a Stress Reduction Program Based on Mindfulness Meditation in Brazilian Nursing Professionals: Qualitative and Quantitative Evaluation. *Explore (NY)*. 2015; 12, 90–99.
44. Chiesa A, Serretti A. Mindfulness-Based Stress Reduction for Stress Management in Healthy People: A Review and Meta-Analysis. *J Altern Complement Med*. 2009; 15, 593–600.
45. Choi J, Koh M. Relations of job stress, burnout, mindfulness and job satisfaction of clinical nurses. *Int J Bio Sci*. 2015; 7, 121–128.
46. Williams H, Simmons L, Tanabe P. Mindfulness-Based Stress Reduction in Advanced Nursing Practice. A Non-pharmacologic Approach to Health Promotion, Chronic Disease Management and Symptom Control. *J Hol Nurs*. 2015; 33, 247–259.

Artykuł przyjęty do redakcji: 17.07.2018

Artykuł przyjęty do publikacji: 15.10.2018

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.

Konflikt interesów: Autorka deklaruje brak konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:

Błaszczak Anna

Plac Litewski 5

20-400 Lublin

tel.: 81 537 63 85

e-mail: anna.blaszczak@umcs.lublin.pl

Instytut Psychologii

Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie

■ GUZKI TARCZYCY – PRZEGLĄD AKTUALNYCH ZALECEŃ DOTYCZĄCYCH POSTĘPOWANIA DIAGNOSTYCZNO-TERAPEUTYCZNEGO

THYROID NODULES – REVIEW OF CURRENT DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC RECOMMENDATIONS

Łukasz Nowak, Krzysztof Kaliszewski^a, Joanna Chorbińska, Hanna Santorowska

I Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Endokrynologicznej,
Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

^a <https://orcid.org/0000-0002-3291-5294>

DOI: <https://doi.org/10.20883/pielpol.2019.27>

STRESZCZENIE

Guzki tarczycy stanowią obecnie bardzo częsty problem kliniczny. Dzięki szerokiej dostępności nieinwazyjnych metod diagnostycznych ich wykrywalność w ostatnich latach diametralnie wzrosła. Rozważny dobór odpowiedniej terapii, w oparciu o właściwą stratyfikację ryzyka złośliwości zmiany, ma podstawowe znaczenie. W celu wykluczenia lub potwierdzenia złośliwości guzka wykorzystuje się różnorodne badania, rozpoczynając zawsze od odpowiednio przeprowadzonego wywiadu i badania fizykalnego. Metodą obrazową o największym znaczeniu jest ultrasonografia, wykorzystywana przy kwalifikacji zmian do biopsji aspiracyjnej cienkoigłowej, stanowiącej podstawę współczesnej diagnostyki. Klasyfikując obraz cytologiczny według międzynarodowego systemu Bethesda, podejmuje się decyzję dotyczącą postępowania terapeutycznego. Metoda ta ma jednak swoje ograniczenia uniemożliwiające postawienie pewnej diagnozy w niektórych przypadkach. Szczególnie problematyczne są zmiany zaklasyfikowane jako kategoria III lub IV, czyli tak zwane „rozpoznanie niepewne”. Niemniej jednak w ich przypadku postępowanie jest także ściśle określone, aczkolwiek konieczna staje się bardzo dokładna analiza wyników badań dodatkowych. Obserwacja zalecana jest w większości przypadków zmian łagodnych (kategoria II wg systemu Bethesda). Zabieg operacyjny jest podstawową metodą leczenia pacjentów z guzkami zakwalifikowanymi do kategorii V i VI, które stanowią niewielki odsetek wszystkich zmian tarczycy. Guzki gruczołu tarczowego w większości przypadków nie powinny stanowić powodu do obaw i być utożsamiane ze złośliwym procesem nowotworowym. Obecne możliwości diagnostyczne znacznie zwiększają szansę na prawidłowe określenie ryzyka złośliwości zmiany i pozwalają uniknąć niepotrzebnych interwencji chirurgicznych w przypadkach zmian łagodnych.

SŁOWA KLUCZOWE: guzki tarczycy, postępowanie, biopsja aspiracyjna cienkoigłowa, rozpoznanie niepewne.

ABSTRACT

Thyroid nodules are currently a very common clinical problem. Due to the wide availability of non-invasive diagnostic methods, their detection in recent years has dramatically increased. The crucial part of management is a careful selection of appropriate therapy, based on the proper stratification of the risk of malignant changes. In order to exclude or confirm the nature of the nodule, a variety of tests are used, always starting from properly taken medical history and a physical examination. The imaging method of the greatest importance is ultrasonography. The classification of the cytological image according to the international Bethesda system allows for deciding regarding therapeutic management. However, this method has limitations. It is impossible to make a certain diagnosis in some cases. Particularly problematic are changes classified as category III or IV, so-called indeterminate cytology. Although the management in such cases is strictly defined, it is necessary to consider carefully the results of all additional tests. Observation is recommended in most cases of benign nodules (Bethesda II category). The surgical procedure is the basic therapeutic method in patients with malignant lesions (Bethesda V and VI categories), which are a small percentage of all thyroid lesions.

Thyroid nodules in most cases should not be a cause for concern and should not be identified with a malignant neoplastic process. The current variety of diagnostic possibilities significantly increases the chance to correctly determine the risk of malignancy and avoid unnecessary surgical interventions in cases of benign lesions.

KEYWORDS: thyroid nodules, management, fine needle aspiration, indeterminate cytology.

Wprowadzenie

Guzki tarczycy stanowią bardzo częsty problem kliniczny. Według danych epidemiologicznych guzki palpa-

cyjne wyczuwalne, pojedyncze lub mnogie, występują u 5% kobiet i u 1% mężczyzn [1]. Obecnie, dzięki rozpo-

wszechnieniu różnorodnych metod obrazowania, więk-

szość guzków tarczycy wykrywana jest przypadkowo („incydentalnie”). Przy wykorzystaniu wysokorozdzielczych metod obrazowania ultrasonograficznego (USG) można je wykryć nawet u 68 % dorosłej populacji, najczęściej u kobiet po 50. roku życia [2].

Kliniczny problem guzków tarczycy, poza możliwymi objawami uciskowymi powodującymi duszność, dysfonię lub dysfagię, polega przede wszystkim na konieczności wykluczenia procesu nowotworowego, który występuje u 7–15% przypadków, w zależności od wieku, płci, narażenia na promieniowanie jonizujące oraz innych czynników ryzyka [3]. Zdecydowaną większość guzków tarczycy stanowią zmiany o charakterze łagodnym. Wśród nowotworów złośliwych dominują zróżnicowane raki tarczycy (*differentiated thyroid cancer, DTC*), do których należą rak pęcherzykowy i brodawkowaty [4]. Cechują się one dobrym rokowaniem.

W niniejszym artykule prezentujemy aktualny przegląd piśmiennictwa z zakresu postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w przypadku guzków tarczycy, podkreślając konieczność właściwej stratyfikacji ryzyka ich złośliwości. W wielu przypadkach pozwala to uniknąć niepotrzebnego leczenia chirurgicznego i towarzyszących mu powikłań. Niemniej jednak pragniemy także zaznaczyć, iż brak szybkiej interwencji chirurgicznej w przypadku zmian złośliwych może skutkować poważnymi konsekwencjami zdrowotnymi i uogólnieniem się nowotworu.

Etiologia i czynniki ryzyka powstawania guzków tarczycy

Tabela 1. Kliniczna klasyfikacja guzków tarczycy
Table 1. Clinical classification of thyroid nodules

Nienowotworowe/non-neoplastic
Hiperplastyczne/ <i>Hyperplastic</i>
– idiopatyczne/ <i>idiopathic</i>
– kompensacyjne po częściowej tyroidektomii/ <i>compensatory after partial thyroidectomy</i>
Zapalne/ <i>Inflammatory</i>
– ostre bakteryjne zapalenie tarczycy/ <i>acute bacterial thyroiditis</i>
– podostre zapalenie tarczycy/ <i>subacute thyroiditis</i>
– limfocytarne zapalenie tarczycy/ <i>lymphocytic thyroiditis</i>
Torbielowate/ <i>Cystic</i>
– koloidowe/ <i>colloid</i>
– proste/ <i>simple</i>
– krwotoczne/ <i>hemorrhage</i>
Nowotwory łagodne/Benign neoplasms
Gruzołak pęcherzykowy/ <i>Follicular adenoma</i>
Gruzołak z komórek Hürthle'a (oksyfilny)/ <i>Hürthle cell adenoma</i>
Nowotwory złośliwe/Malignant neoplasms
Pierwotne nowotwory tarczycy/ <i>Primary carcinoma</i>

- rak pęcherzykowy/*follicular carcinoma*
- rak z komórek Hürthle'a (oksyfilny)/*Hürthle cell carcinoma*
- rak brodawkowaty/*papillary carcinoma*
- rak anaplastyczny/*anaplastic carcinoma*
- chłoniak/*lymphoma*

Przerzuty nowotworowe z innych narządów/*thyroid metastases from other primaries*

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Guzek tarczycy definiuje się jako zmianę w obrębie gruczołu, różniącą się strukturalnie w ocenie radiologicznej od otaczającego ją mięszu [5]. Spektrum jednostek chorobowych, które powinny być uwzględnione w diagnostyce różnicowej jest szerokie i obejmuje zarówno zmiany łagodne, jak i złośliwe procesy nowotworowe o bardzo agresywnym przebiegu (**Tabela 1**). Guzki tarczycy częściej spotyka się u osób palących papierosy [6], otyłych z zespołem metabolicznym [7], kobiet nadmiernie spożywających alkohol [8] oraz u mężczyzn ze zwiększonym stężeniem insulinopodobnego czynnika wzrostu IGF-1 [9].

Diagnostyka wstępna – wywiad i badanie fizykalne

Najważniejszym elementem procesu diagnostycznego w przypadku wykrycia guzka tarczycy jest określenie ryzyka jego złośliwości, co determinuje dalsze postępowanie. Już odpowiednio zebrany wywiad może być pomocny w zaklasyfikowaniu pacjenta do odpowiedniej grupy ryzyka. Należy uwzględnić narażenie na promieniowanie jonizujące, szczególnie w młodym (<20 lat) lub podeszłym (>70 lat) wieku. Do wystąpienia zmian złośliwych predysponowane są przede wszystkim osoby, które przeszły radioterapię w obrębie głowy i szyi lub radioterapię całego ciała, poprzedzającą przeszczep szpiku kostnego [10]. Bardzo ważne jest zebranie dokładnego wywiadu rodzinnego, uwzględniającego występowanie raka tarczycy wśród krewnych I stopnia [11]. Rzadkimi, aczkolwiek istotnymi z klinicznego punktu widzenia rodzinnie występującymi zespołami, w skład których wchodzi nowotwory tarczycy, są zespół Cowden, Carney'a, Wernera, rodzinna polipowatość jelita grubego (*familia adenomatous polyposis, FAP*), zespoły mnogiej gruczolakowatości wewnątrzwydzielniczej (*multiple endocrine neoplasia, MEN*) typu IIA i IIB [12]. Alarmujące objawy zgłaszane przez pacjenta, które nasywiają podejrzenie złośliwości guza tarczycy to utrzymująca się od dłuższego czasu chrypka, kaszel, problemy z połykaniem oraz duszność. W badaniu fizykalnym cechami przemawiającymi za potencjalną złośliwością zmiany są porażenie strun głosowych oraz obecność

powiększonych węzłów chłonnych nieprzesuwalnych względem otaczających tkanek [5].

Diagnostyka obrazowa oraz badania laboratoryjne – poszukiwanie cech złośliwości

W ostatnich latach coraz silniej podkreślana jest rola badania ultrasonograficznego jako narzędzia odgrywającego istotną rolę w procesie diagnostycznym guzków tarczycy [13-14]. Jest to metoda tania, nieinwazyjna, pozwalająca wstępnie ocenić prawdopodobieństwo złośliwości zmiany. Szeroka dostępność badań ultrasonograficznych oraz jej wysoka czułość pociągają jednak za sobą rosnącą liczbę przypadkowo wykrytych guzków tarczycy o niewielkim znaczeniu klinicznym. To z kolei powoduje pojawienie się zjawiska nadmiernej diagnostyki, skutkującej zwiększoną ilością zabiegów chirurgicznych [15]. Dlatego też badanie to nie powinno być przeprowadzane w celach przesiewowych, zwłaszcza jeśli nie występują nieprawidłowości w badaniu fizykalnym lub dodatkowe czynniki ryzyka uwzględnione w wywiadzie. Należy szczególnie podkreślić konieczność stosowania przejrzystego, ujednoliconego systemu oceny zmian, pozwalającego w sposób wiarygodny przeprowadzić kwalifikację do dalszego postępowania. Zgodnie z obowiązującymi rekomendacjami w badaniu ultrasonograficznym ocenie należy poddać następujące cechy: echogeniczność zmiany, stosunek elementów torbielowatych do litych, kształt oraz orientację w przestrzeni, brzegi, obecność mikrozwapnień oraz stopień unaczynienia [5]. Do cech najmocniej sugerujących występowanie zmiany złośliwej (tzw. predyktorów złośliwości) zaliczamy: niejednorodną echogeniczność z przewagą elementów litych, nieregularne brzegi, obecność mikrozwapnień, przewagę wymiaru przednio-tylnego guzka nad poprzecznym i podłużnym, przekraczanie torebki gruczołu [5, 16]. Jak dotąd zaproponowanych zostało kilka systemów kwalifikujących zmiany guzkowe tarczycy do określonej kategorii ryzyka złośliwości [17-19]. W większości opierają się one na liczbie uwidocznionych predyktorów złośliwości. Pozwala to na podjęcie decyzji o konieczności wykonania biopsji aspiracyjnej cienkoigłowej (BAC), jednocześnie wykluczając guzki niewymagające dalszej diagnostyki.

Coraz częściej, jako uzupełnienie badań wykorzystuje się elastografię pozwalającą w sposób nieinwazyjny zmierzyć twardość guza, która została oceniona jako cecha wprost proporcjonalna do stopnia ryzyka złośliwości. Choć metoda ta nie wydaje się być dobrym zamiennikiem dla tradycyjnej ultrasonografii, jej wysoka specyficzność i czułość zwiększa szansę postawienia właściwego rozpoznania [20].

Wykrycie pojedynczego lub mnogich guzków tarczycy, charakteryzujących się wielkością powyżej 1 cm, w którymkolwiek z wymiarów, pociąga za sobą konieczność oznaczenia we krwi stężenia hormonu tyreotropowego (*thyroid stimulating hormone, TSH*). Część autorów uważa, iż zwiększone stężenie TSH częściej występuje w przypadku obecności zmian złośliwych w zaawansowanym stadium, natomiast niskie stężenie tego hormonu przemawia raczej za zmianą łagodną [21]. Jednak przy obniżonym stężeniu TSH, kolejnym badaniem, które powinno być wykonane jest scyntygrafia gruczołu tarczowego. Przeprowadza się ją w celu określenia aktywności hormonalnej zmian. Wykazano, że przy niskim stężeniu TSH guzki autonomiczne („gorące”) są prawie zawsze łagodne i nie jest konieczna weryfikacja cytologiczna, natomiast brak jodochwytności (guzki „zimne”) jest predyktorem złośliwości i warunkuje konieczność przeprowadzenia BAC [22].

Analizy ekonomiczne przeprowadzone w Europie i Stanach Zjednoczonych wykazały efektywność kosztową rutynowego, przesiewowego oznaczania stężenia kalcytoniny we krwi, u chorych obserwowanych z powodu guzków tarczycy w celu wykrycia raka rdzenia (medullary thyroid carcinoma, MTC). Oznaczanie jej przydatne jest szczególnie u osób obciążonych rodzinnym ryzykiem zachorowania oraz w monitorowaniu chorych pod kątem nawrotu po leczeniu operacyjnym. Jeśli podczas badań przesiewowych podstawowe stężenie kalcytoniny przekracza 20 pg/ml, należy prowadzić dalsze badania w celu wykluczenia MTC [23].

Biopsja aspiracyjna cienkoigłowa – złoty standard diagnostyczny

Biopsja aspiracyjna cienkoigłowa (BAC) wraz z cytologiczną oceną rozmazu odgrywa obecnie podstawową rolę w ustaleniu rozpoznania, stanowiąc wartościowe narzędzie pozwalające ocenić potencjalną złośliwość zmiany. Nie wymaga ona specjalnego przygotowania pacjenta, charakteryzuje się niewielką inwazyjnością oraz umożliwia szybkie pobranie materiału do analizy cytologicznej [24]. Podstawowym celem BAC tarczycy jest stwierdzenie lub wykluczenie obecności procesu nowotworowego oraz ewentualnie przybliżenie etiologii zmiany. Aby zapobiec znaczącej zmienności w raportowaniu wyników badań cytologicznych, w 2007 r. *National Cancer Institute Thyroid Fine-Needle Aspiration State of the Science Conference* dostarczył precyzyjne zalecenia, aktualnie znane jako klasyfikacja Bethesda. Wyróżnia ona następujące kategorie z określonym prawdopodobieństwem złośliwości:

Kategoria I: biopsja niediagnostyczna lub niesatysfakcjonująca, ryzyko złośliwości: 1–3%,

Kategoria II: zmiana łagodna, ryzyko złośliwości: 0–3%,

Kategoria III: zmiana pęcherzykowa bliżej nieokreślona (*follicular lesion of undetermined significance, FLUS*) lub atypia o nieokreślonym znaczeniu (*atypia of undetermined significance, AUS*), ryzyko złośliwości: 5–15%,

Kategoria IV: nowotwór pęcherzykowy (*follicular neoplasia, FN*) lub podejrzenie nowotworu pęcherzykowego (*suspicion of follicular neoplasia, SFN*), kategoria, obejmuje również nowotwór z komórek Hürthle'a oraz podejrzenie nowotworu z komórek Hürthle'a: ryzyko złośliwości 15–30%,

Kategoria V: podejrzaną złośliwość, ryzyko wystąpienia nowotworu złośliwego: 60–75%,

Kategoria VI: nowotwór złośliwy, ryzyko złośliwości: 97–99%.

Należy pamiętać, że dane na temat częstości występowania poszczególnych rozpoznań cytologicznych i przypisane im ryzyko złośliwości znacznie różnią się pomiędzy ośrodkami, odbiegając tym samym od wartości ustalonych w pierwotnych zaleceniach. W zależności od przypisanej kategorii zalecane jest określone postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne.

W wykrywaniu nowotworów złośliwych tarczycy czułość BAC wynosi ok. 83 %, a swoistość 92% [25]. Częstość wyników fałszywie ujemnych wynosi 1–3% i wzrasta do 10–15% w przypadku zmian powyżej 4 cm. Natomiast odsetek wyników fałszywie dodatnich jest istotnie niższy i wynosi 0,25–3% [26]. Dzięki wysokiej ujemnej wartości predykcyjnej BAC stała się złotym standardem w diagnostyce guzków tarczycy, stanowiąc nieodłączny element w postępowaniu przedoperacyjnym [27].

Wartość BAC znacznie wzrosła w ostatnich latach m.in. z powodu możliwości wykonania jej pod kontrolą USG. Zwiększa to jej swoistość i czułość, minimalizując ryzyko aspiracji prawidłowego miększego tarczycy, a tym samym liczbę wyników fałszywie ujemnych. Jest to szczególnie przydatne w przypadku małych guzków, które nie są wyczuwalne lub znajdują się głęboko lub w tylnej części narządu [28].

Badania cytologiczne mają jednak pewne ograniczenia. Na ich podstawie nie można odróżnić raka od gruczolaka pęcherzykowego, a w niektórych przypadkach pęcherzykowej postaci raka brodawkowego oraz autoimmunologicznego zapalenia tarczycy [24]. W takich sytuacjach dokładne określenie typu nowotworu staje się możliwe tylko dzięki weryfikacji histopatologicznej, co pociąga za sobą konieczność uzyskania materiału tkankowego. Obecnie wiele ośrodków przeprowadza analizę molekularną materiału cytologicznego, co ma pomóc w różnicowaniu zmian pęcherzykowych. Ana-

lizuje się je pod kątem występowania pewnych mutacji, jak np. mutacje genów BRAF, RAS, RET/PTC i PA-X8-PPAR [26]. Jest to obiecujące rozwiązanie, jednak w Polsce, ze względu na wysoki koszt, badania te nie są powszechnie wykonywane. Innym ograniczeniem BAC jest duża różnorodność obrazów cytologicznych, nie zawsze dająca się jednoznacznie przypisać do określonej kategorii. Materiał może być również uznany za niediagnostyczny (kategoria I wg systemu Bethesda), pobierany najczęściej ze zmian torbielowatych o niewielkim odsetku komórek pęcherzykowych, sklerotycznych o grubej lub zwapniałej torebce lub obszarów nekrotycznych [29]. W takich przypadkach konieczne staje się powtórzenie BAC, jednak często nie wnosi to dodatkowych informacji [29].

Postępowanie terapeutyczne

Większość guzków o charakterze łagodnym (określonym na podstawie BAC lub tylko badań obrazowych ze względu na niewielkie ryzyko złośliwości) nie wymaga interwencji chirurgicznej. Proponowana jest okresowa kontrola kliniczna i ultrasonograficzna co 12–24 miesiące, w celu oceny wielkości guzka i zmian jego morfologii [30]. Zabieg operacyjny staje się konieczny w momencie pojawienia się objawów uciskowych [31]. Innym wskazaniem jest obecność toksycznego wola wieloguzkowego, które można również leczyć stosując radiojod (¹³¹I). Przy większych guzach nie jest to jednak leczenie preferowane [32]. Celem uniknięcia groźnych dla życia powikłań w postaci przełomu tarczycowego, przed terapią należy doprowadzić do normalizacji stężeń hormonów tarczycy.

W przypadku zmian torbielowatych jedną z metod leczenia może być aspiracja ich zawartości, jednak zaobserwowano dużą tendencję do nawrotów (60–90%) [33]. Inną opcją terapeutyczną stosowaną przez niektórych autorów jest przezskórne wstrzyknięcie etanolu (*percutaneous ethanol injection, PEI*) cechujące się wysoką skutecznością rzędu 75–85% [34].

Dużą uwagę poświęca się obecnie zmianom sklasyfikowanym jako kategoria III i IV wg systemu Bethesda, określanym często jako „rozpoznanie niepewne” [35]. Obraz cytologiczny tych zmian nie pozwala jednoznacznie na zdefiniowanie ich jako zmiana łagodna (kategoria II wg systemu Bethesda) lub złośliwa (kategoria V wg systemu Bethesda). Dlatego w części ośrodków kolejnym krokiem w postępowaniu diagnostyczno-terapeutycznym jest zabieg operacyjny [35]. Okazało się jednak, że większość „rozpoznań niepewnych” to zmiany łagodne. Spowodowało to poszukiwanie alternatywnych metod zwiększających czułość przedoperacyjnej stratyfikacji ryzyka złośliwości guzka w celu uniknięcia „niepotrzebnych”, inwazyjnych procedur

chirurgicznych. Ośrodki, bazując na własnych doświadczeniach oraz dostępności diagnostyki molekularnej (szczególnie analiza występowania mutacji BRAF), tworzą własne schematy postępowania [36]. Jedną z opcji w przypadku guzków o „niepewnym rozpoznaniu” jest powtórzenie BAC za 6–12 tyg., uzupełnione następnie analizą molekularną [36]. Część autorów uważa, iż brak molekularnych markerów złośliwości w przypadku pacjentów z „rozpoznanem niepewnym” uprawnia do ich dalszej obserwacji [37]. Aczkolwiek alternatywą w zależności od charakterystyki klinicznej oraz preferencji pacjenta może być lobektomia. Obecność molekularnych markerów złośliwości warunkuje konieczność przeprowadzenia lobektomii diagnostycznej lub całkowitej tyroidektomii [37].

Postępowanie w przypadku guzków podejrzanych o złośliwość (kategoria V wg systemu Bethesda) jak i jednoznacznie rozpoznanych jako złośliwe (kategoria VI wg systemu Bethesda) nie budzi większych wątpliwości. Zalecane jest leczenie operacyjne. Zakres zabiegu powinien być zaplanowany w oparciu o cechy kliniczne, cytologiczne i badania obrazowe [38]. Jeśli wynik BAC sugeruje występowanie zróżnicowanego raka tarczycy, zaleca się całkowitą tyroidektomię wraz z limfadenektomią w zależności od stanu węzłów chłonnych oraz ew. terapię uzupełniającą [38]. Kontrowersje dotyczą leczenia niektórych starszych pacjentów z rakiem brodawkowatym tarczycy o średnicy poniżej 10 mm, tzw. mikrorakiem. Ponieważ ryzyko operacyjne często przewyższa ryzyko związane z progresją choroby część autorów zaleca ścisłą obserwację kliniczną [39]. Inne rzadsze nowotwory, takie jak rak anaplastyczny, MTC, chłoniak pierwotny tarczycy lub guzy wtórne, często wymagają dodatkowych metod diagnostycznych oraz procedur terapeutycznych [40]. Jednak bardziej szczegółowy opis leczenia raka tarczycy nie jest przedmiotem tego artykułu.

Wnioski

Zmiany guzkowe tarczycy w większości przypadków nie powinny stanowić powodu do obaw. Guzki wykrywane są powszechnie w populacji i ich obecność nie oznacza jednoznacznie obecności złośliwego procesu nowotworowego. Obecne możliwości diagnostyczne pozwalają na wielokierunkową analizę wyników badań uzyskanych przy pomocy metod laboratoryjnych, obrazowych oraz cytologicznych. Zwiększa to szansę na prawidłowe określenie ryzyka złośliwości zmiany i uniknięcie niepotrzebnych interwencji chirurgicznych w przypadkach zmian łagodnych. Jednakże w aspekcie występowania tzw. „rozpoznań niepewnych” uzasadnione staje się poszukiwanie nowoczesnych metod diagnostycznych opartych na wykrywaniu specyficznych mutacji geno-

wych wspomagających prawidłowe rozpoznanie. Kluczowe znaczenie ma także indywidualne podejście do każdego pacjenta, maksymalne wykorzystanie oferowanych współcześnie możliwości diagnostycznych oraz rozważa w podejmowaniu decyzji terapeutycznych.

Piśmiennictwo

1. Vander JB, Gaston EA, Dawber TR. The significance of nontoxic thyroid nodules. Final report of a 15-year study of the incidence of thyroid malignancy. *Ann Intern Med.* 1968; 69: 537–540.
2. Guth S, Theune U, Aberle J et al. Very high prevalence of thyroid nodules detected by high frequency (13 MHz) ultrasound examination. *Eur J Clin Invest.* 2009; 39: 699–706.
3. Hegedus L. Clinical practice. The thyroid nodule. *N Engl J Med.* 2004; 351: 1764–1771.
4. Sherman SI. Thyroid carcinoma. *Lancet.* 2003; 361: 501–511.
5. Haugen BR, Alexander EK, Bible KC et al. American Thyroid Association management guidelines for adults patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer. *Thyroid.* 2016; 26: 1–133.
6. Knudsen N, Bülow I, Laurberg P et al. Association of tobacco smoking with goiter in a low-iodine-intake area. *Arch Intern Med.* 2002; 162: 439–443.
7. Sousa PA, Vaisman M, Carneiro JR et al. Prevalence of goiter and thyroid nodular disease in patients with class III obesity. *Arq Bras Endocrinol Metabol.* 2013; 57: 120–125.
8. Valeix P, Faure P, Bertrais S et al. Effects of light to moderate alcohol consumption on thyroid volume and thyroid function. *Clin Endocrinol (Oxf).* 2008; 68: 988–995.
9. Völzke H, Friedrich N, Schipf S et al. Association between serum insulin-like growth factor-I levels and thyroid disorders in a population-based study. *J Clin Endocrinol Metab.* 2007; 92: 4039–4045.
10. Curtis RE, Rowlings PA, Deeg HJ et al. Solid cancers after bone marrow transplantation. *N Engl J Med.* 1977; 336: 897–904.
11. Hemminki K, Eng C, Chen B. Familial risks for nonmedullary thyroid cancer. *J Clin Endocrinol Metab.* 2005; 90: 5747–5753.
12. Popoveniuc G, Jonklaas J. Thyroid Nodules. *The Medical Clinics of North America.* 2012; 96: 329–349.
13. Shin JH, Baek JH, Chung J et al. Ultrasonography Diagnosis and Imaging-Based Management of Thyroid Nodules: Revised Korean Society of Thyroid Radiology Consensus Statement and Recommendations. *Korean J Radiol.* 2016; 17: 370–395.
14. Smith-Bindman R, Lebda P, Feldstein VA et al. Risk of thyroid cancer based on thyroid ultrasound imaging characteristics: results of a population-based study. *JAMA Intern Med.* 2013; 173: 1788–1796.
15. Russ G. Risk stratification of thyroid nodules on ultrasonography with the French TI-RADS: description and reflections. *Ultrasonography.* 2016; 35: 25–38.
16. Wolinski K, Szkudlarek M, Szczepanek-Parulska M et al. Usefulness of different sonographic features of malignancy in prediction of the character of thyroid lesions—a metaanalysis of prospective studies involving 5439 nodules. *Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej.* 2014; 124: 97–104.
17. Kwak JY, Jung I, Baek JH, et al. Image reporting and characterization system for ultrasound features of thyroid nodules: multicentric Korean retrospective study. *Korean J Radiol.* 2013; 14: 110–117.

18. Kim DW, Park JS, In HS et al. Ultrasound-based diagnostics classification for solid and partially cystic thyroid nodules. *AJNR Am J Neuroradiol*. 2012; 33: 1144–1149.
19. Horvath E, Majlis S, Rossi R, et al. An ultrasonogram reporting system for thyroid nodules stratifying cancer risk for clinical management. *J Clin Endocrinol Metab*. 2009; 94: 1748–1751.
20. Shuzhen C. Comparison analysis between conventional ultrasonography and ultrasound elastography of thyroid nodules. *European Journal of Radiology*. 2012; 81: 1806–1811.
21. Haymart MR, Repplinger DJ, Levenson GE et al. Higher serum thyroid stimulating hormone level in thyroid nodule patients is associated with greater risks of differentiated thyroid cancer and advanced tumor stage. *J Clin Endocrinol Metab*. 2008; 93: 809–814.
22. Fiore E, Rago T, Provenzale MA et al. Lower levels of TSH are associated with a lower risk of papillary thyroid cancer in patients with thyroid nodular disease: thyroid autonomy may play a protective role. *Endocr Relat Cancer*. 2009; 16: 1251–1260.
23. Machens A, Schneyer U, Holzhausen HJ et al. Prospects of remission in medullary thyroid carcinoma according to basal calcitonin level. *J Clin Endocrinol Metab* 2005; 90: 2029–2034.
24. Trzebińska A, Dobruch-Sobczak K, Jakubowski W et al. Standardy badań ultrasonograficznych Polskiego Towarzystwa Ultrasonograficznego – aktualizacja. Badanie ultrasonograficzne tarczycy oraz biopsja tarczycy pod kontrolą ultrasonografii. *Journal of Ultrasonography* 2014; 14: 49–60.
25. Sung JY, Na DG, Kim KS et al. Diagnostic accuracy of fine-needle aspiration versus core-needle biopsy for the diagnosis of thyroid malignancy in a clinical cohort *Eur Radiol*. 2012; 22: 1564–1572.
26. Schneider DF, Chen H. New developments in the diagnosis and treatment of thyroid cancer. *CA Cancer J Clin*. 2013; 63: 373–394.
27. Sosa JA, Hanna JW, Robinson KA et al. Increases in thyroid nodule fine-needle aspirations, operations, and diagnoses of thyroid cancer in the United States. *Surgery*. 2013; 154: 1420–1427.
28. Yang J, Schnadig V, Logrono R et al. Fine-needle Aspiration of Thyroid Nodules: A Study of 4703 Patients With Histologic and Clinical Correlations. *Cancer (Cancer Cytopathology)*. 2007; 11: 306–315.
29. Kini SR. Specimen adequacy and assessment, reporting system. *Thyroid Cytopathology: An Atlas and Text*. Philadelphia, PA: Lippincott, Williams & Wilkins; 2008. 17–26.
30. Gharib H, Papini E, Paschke R et al. American Association of Clinical Endocrinologists, Associazione Medici Endocrinologi, and European Thyroid Association medical guidelines for clinical practice for the diagnosis and management of thyroid nodules. *J Endocrinol Invest*. 2010; 33: 1–50.
31. Sakarofas GH, Peros G. Thyroid nodule: a potential malignant lesion; optimal management from a surgical perspective. *Cancer Treat Rev*. 2006; 32: 191–202.
32. Burman KD, Wartofsky L. Thyroid nodules. *New Engl J Med*. 2015; 373: 2347–2356
33. Gharib H, Hegedüs L, Pacella CM, Baek JH, Papini E. Clinical review: nonsurgical, image-guided, minimalny invasive therapy for thyroid nodules. *J Clin Endocrinol Metab*. 2013; 98: 3949–3957.
34. Valcavi R, Frasoldati A. Ultrasound-guided percutaneous ethanol injection therapy in thyroid cystic nodules. *Endocr Pract*. 2004; 10: 269–275.
35. Kaliszewski K, Diakowska D, Wojtczak B et al. Evaluation of selected ultrasound features of thyroid nodules with atypia of undetermined significance/follicular lesion of undetermined significance for the Bethesda reporting system for thyroid cytology. *Cancer Manag Res*. 2018; 10: 2223–2229.
36. Gerhard R, Boerner SL. Evaluation of indeterminate thyroid cytology by second-opinion diagnosis or repeat fine-needle aspiration: which is the best approach? *Acta Cytol*. 2015; 59: 43–50.
37. Agretti P, Niccolai F, Rago T et al. BRAF mutation analysis in thyroid nodules with indeterminate cytology: our experience on surgical management of patients with thyroid nodules from an area of borderline iodine deficiency. *J Endocrinol Invest*. 2014; 10: 1009–1014.
38. Perros P, Boelaert K, Colley S, et al. Guidelines for the management of thyroid cancer. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 2014; 81 Suppl 1: 1–122.
39. Ito Y, Urano T, Nakano K et al. An observation trial without surgical treatment in patients with papillary microcarcinoma of the thyroid. *Thyroid*. 2003; 13: 381–387.
40. Nardi F, Basolo F, Crescenzi A et al. Italian consensus for the classification and reporting of thyroid cytology. *J Endocrinol Invest*. 2014; 37: 593–599.

Artykuł przyjęty do redakcji: 24.09.2018

Artykuł przyjęty do publikacji: 27.11.2018

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.

Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:

Krzysztof Kaliszewski
 Ul. Marii Skłodowskiej-Curie 66
 50-369 Wrocław
 tel/fax. 71 784 21 62 / 71 327 09 29
 e-mail: krzysztofkal@wp.pl
 I Katedra i klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej
 i Endokrynologicznej
 Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

SZTUCZNE ŻYWIENIE OSÓB CIERPIĄCYCH NA ZABURZENIA OTĘPIENNE JAKO SKŁADOWA OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ – WYBRANE ZAGADNIENIA ETYCZNE

ARTIFICIAL NUTRITION OF PEOPLE WITH DEMENTIA DISORDERS AS A CONTRIBUTION TO NURSING CARE – SELECTED ETHICAL ISSUES

Patrycja Zofia Zurzycka, Katarzyna Czyżowicz, Grażyna Puto

Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa,
Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

DOI: <https://doi.org/10.20883/pielpol.2019.28>

STRESZCZENIE

W związku ze starzeniem się społeczeństw i wzrastającą liczbą osób cierpiących na zaburzenia otępienne personel medyczny coraz częściej stawiać będzie w obliczu konieczności rozwiązywania dylematów związanych z prowadzeniem wspomaganego i sztucznego żywienia wśród tej grupy pacjentów. Decyzje o wszczęciu sztucznego żywienia i nawadniania powinny być podejmowane przez zespół terapeutyczny i rodzinę pacjenta przy uwzględnieniu jego wcześniejszych życzeń czy preferencji oraz dokonaniu uważnego bilansu potencjalnych korzyści, jak i niedogodności czy szkód związanych z rozważaną terapią. W przypadku wdrożenia interwencji żywieniowych konieczna jest regularna ocena efektów prowadzonych działań.

Celem pracy jest przedstawienie wybranych zagadnień etycznych związanych z prowadzeniem sztucznego żywienia osób cierpiących na zaburzenia otępienne.

SŁOWA KLUCZOWE: sztuczne żywienie, otępienie, opieka pielęgniarska, opieka medyczna.

ABSTRACT

In connection with the aging of societies and the increasing number of people suffering from dementia disorders, the medical staff will increasingly face the need of solving dilemmas related to assisted and artificial feeding among this group of patients. Decisions on the initiation of artificial nutrition and hydration should be made by the therapeutic team and the patient's family taking into account the patient's previous wishes or preferences, making a well-detailed list of potential benefits as well as the inconvenience or harm associated with the therapy being considered. In the case of implementing nutritional interventions, it is necessary to evaluate regularly the effects of the activities carried out. The work is aimed at presenting selected ethical issues related to artificial feeding of people suffering from dementia.

KEYWORDS: artificial nutrition, dementia, nursing care, medical care.

Wstęp

W związku ze starzeniem się społeczeństw i wzrastającą liczbą osób cierpiących na zaburzenia otępienne personel medyczny coraz częściej stawiać będzie w obliczu konieczności rozwiązywania dylematów związanych z prowadzeniem wspomaganego i sztucznego żywienia wśród tej grupy pacjentów. Wynika to z faktu, iż jednym z naturalnych etapów postępującej demencji jest pojawienie się problemów z odżywianiem. Obejmują one wzrastające trudności w samodzielnym przygotowaniu i spożywaniu posiłków, wystąpić może także brak apetytu, a w zaawansowanym stadium choroby pojawiają się trudności w połykaniu uniemożliwiające przyjmowanie pożywienia drogą doustną. Zaburzenia te prowadzić mogą do pogorszenia funkcjonowania osoby starszej oraz jej niedożywienia [1, 2, 3]. Progresa problemów

z odżywianiem u pacjentów z zaawansowanymi zaburzeniami otępiennymi powoduje, że często konieczne jest podjęcie wobec nich decyzji dotyczących prowadzenia wspomaganego żywienia lub wdrożenia sztucznego odżywiania i nawadniania (ANH – ang. artificial nutrition and hydration). Interwencje te mogą być prowadzone poprzez podaż składników odżywczych i płynów bezpośrednio do układu pokarmowego (żywienie dojelitowe) lub jako żywienie pozajelitowe w formie dożylną, a także w przypadkach lekkiego i średniego odwodnienia, w postaci wlewnych podskórnych [4, 5, 6, 7].

Podjęcie decyzji o rodzaju i sposobie wsparcia żywieniowego osoby z zaawansowanym otępieniem może stanowić trudny i złożony problem zarówno kliniczny, etyczny, jak i emocjonalny dla wszystkich osób zaangażowanych w opiekę – rodzin, osób bliskich pa-

cientom, a także pracowników opieki medycznej [1, 8, 9, 10, 11]. Proces podejmowania decyzji wymaga połączenia wiedzy dotyczącej stanu klinicznego oraz właściwego w danej sytuacji postępowania terapeutycznego i pielęgniarstwa z preferencjami pacjentów i ich bliskich. Istotne jest także uwzględnienie uwarunkowań prawnych, etycznych, kulturowych, społecznych, religijnych i ekonomicznych oraz organizacyjnych świadczonej opieki [1, 6, 7, 8, 12]. W procesie podejmowania decyzji, w zależności od nasilenia zaburzeń otępiennych, należy się opierać na autonomii decyzyjnej pacjenta (w łagodnych zaburzeniach) lub wyrażanej pro futuro (w przypadku pacjentów z zaawansowaną demencją). W przypadkach, gdy posilkowanie się decyzjami pacjenta jest niemożliwe, należy polegać na opinii osób bliskich choremu, które podejmują decyzję w jego imieniu, w najlepiej pojętym interesie i z nawiązaniem do istotnych dla niego wartości [13]. Znaczącym wsparciem w podejmowaniu decyzji o wszczęciu, prowadzeniu lub zaprzestaniu sztucznego i wspomaganego żywienia mogą być także zalecenia i rekomendacje organizacji zajmujących się problematyką żywienia i opieki nad osobami z chorobami otępiennymi [2, 3, 14, 15].

Celem pracy jest przedstawienie wybranych zagadnień etycznych związanych z prowadzeniem sztucznego żywienia osób cierpiących na zaburzenia otępienne.

Podejmowanie decyzji dotyczących sztucznego żywienia osób cierpiących na zaburzenia otępienne

Celem prowadzenia wspomaganego i sztucznego żywienia u chorych cierpiących na zaburzenia otępienne jest poprawa ich stanu klinicznego, a także zapewnienie komfortu i przedłużenie życia [8, 16, 17, 18, 19]. Niestety, cele te nie zawsze są możliwe do osiągnięcia, pomimo zapewnienia wspomaganego odżywiania doustnego lub żywienia sztucznego przez zgłębnik czy przezskórną gastrostomię endoskopową (PEG) [3, 7, 8, 15, 16, 17, 18]. Dlatego też decyzje o wdrożeniu, prowadzeniu lub wstrzymaniu takich procedur wymagają starannego rozważenia potencjalnych korzyści i szkód wynikających z ich stosowania [1, 2] oraz uzyskania na nie właściwej zgody [6, 20]. Według wytycznych The European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) zaleca się, aby każda decyzja dotycząca sztucznego żywienia i nawadniania była podejmowana indywidualnie w odniesieniu do konkretnego pacjenta, jego preferencji i rokowań. Sztuczne odżywianie i nawadnianie stanowi formę leczenia (często wymagającą zastosowania procedury inwazyjnej), dlatego też podejmowanie decyzji w sprawie jej rozpoczęcia, prowadzenia i zakończenia musi być oparte na wskazaniach medycznych. Należy rozważyć zastosowanie tej terapii, jeżeli odpowiada ona

celom terapeutycznym – przedłużyć życie, nie powoduje cierpienia i dyskomfortu, a potencjalne korzyści przewyższają ryzyko i niedogodności. Kluczowym elementem, który należy brać pod uwagę jest poszanowanie autonomii pacjenta, czego wyrazem jest sformułowanie przez niego świadomej zgody (lub wyrażenie sprzeciwu) na wdrożenie proponowanego mu postępowania terapeutycznego. Pacjenci, którzy znajdują się w zaawansowanych stadiach demencji, nie wykazują zdolności decyzyjnych i nie mogą wydać świadomej zgody na proponowane im działania. W takich sytuacjach decyzje powinny być podejmowane w oparciu o wcześniejsze preferencje pacjenta lub w oparciu o opinię wyznaczonych pełnomocników (najczęściej osób bliskich). Ważne, by pacjentom we wczesnych etapach choroby zapewnić możliwość stworzenia wytycznych postępowania w przypadku rozwoju zaburzeń (decyzje pro futuro, ustanowienie pełnomocnika medycznego). Natomiast osoby, które będą podejmować decyzję w imieniu niekompetentnego pacjenta, powinny mieć zapewnione wsparcie informacyjne w zakresie zasad opieki paliatywnej oraz możliwość zasięgnięcia opinii etycznej [14].

Wszelkie działania podejmowane wobec osób starszych cierpiących na zaburzenia otępienne wymagają udzielenia świadomej zgody *pacjenta lub zgody upoważnionego opiekuna przed ich rozpoczęciem. Podobnie jak w przypadku innych interwencji medycznych, pacjent i jego upoważniony przedstawiciel powinni być informowani o charakterze, znaczeniu i zakresie działania, w tym potencjalnych komplikacjach i zagrożeniach sztucznego odżywiania i nawadniania. Udzielane informacje powinny obejmować także opcje alternatywnych metod postępowania, oczekiwanych efektów podjętej terapii, jak i konsekwencji odstąpienia od jej podjęcia* [6, 14, 20]. Jednakże występujące u pacjentów z zaawansowanym otępieniem zaburzenia w zakresie samostanowienia i komunikowania się, brak lub nieprecyzyjne zalecenia wyrażone pro futuro, a także niepewność bliskich, co do właściwego w danej sytuacji postępowania niejednokrotnie utrudniają dokonanie jednoznacznego rozstrzygnięcia [12]. Podejmowanie decyzji dotyczących wspomaganego odżywiania osób, które nie są zdolne do wydania autonomicznej zgody na proponowane działania, jest procesem dynamicznym i złożonym obejmującym wiele etapów. Skupia się on wokół kilku najistotniejszych aspektów: celu leczenia, prognozowanych korzyściach, ryzyku i obciążeń, funkcjonujących unormowań etycznych i prawnych, a także opinii wszystkich osób biorących udział w opiece nad pacjentem (lub opinii samego pacjenta wyrażonej pro futuro). Jednym z istotniejszych elementów są dyskusje z udziałem krewnych pacjenta i wszystkich członków

zespołu terapeutycznego zaangażowanych w opiekę nad chorym. Pod uwagę brany powinien być także szerszy aspekt – przewidywana długość życia i jego jakość, poszanowanie godności, nieprzedłużanie cierpienia, zapewnienie komfortu, łagodzenie bólu. A w przypadku pacjentów w mniej zaawansowanych stadiach choroby także przyjemność płynąca ze spożywania posiłków a oraz związane z nią kontakty społeczne i towarzyskie [4, 7, 20, 21].

Wszelkie decyzje o wdrażaniu sztucznego odżywiania u chorych z zaawansowaną demencją nie powinny być podejmowane rutynowo, lecz rozpatrywane z perspektywy indywidualnego pacjenta. Konieczne jest uwzględnianie jego życzeń, preferencji czy systemu wartości, ale także sytuacji klinicznej i możliwych do podjęcia interwencji wraz z określeniem ich celu, szans powodzenia, korzyści i związanego z nimi ryzyka [22]. W przypadku wdrożenia interwencji żywieniowych konieczna jest regularna ocena efektów prowadzonych działań. Jeżeli stwierdzony zostanie ich brak lub niewystarczający poziom, procedurę można przerwać ze względu na nieosiągnięcie korzystnego skutku [1, 6, 14].

Wskazania do podjęcia interwencji żywieniowej u pacjentów cierpiących na zaburzenia otępienne

We wczesnych stadiach otępienia osoby chore mogą mieć problemy z zakupami, przechowywaniem i przygotowywaniem potraw, a także mogą zapominać, czy spożywali posiłek, zmianie ulegać mogą także nawyki żywieniowe. W miarę postępu choroby pacjenci tracą umiejętność samodzielnego spożywania posiłków. Wraz z rozwojem choroby u większości osób pojawia się dysfagia, która zwiększa ryzyko aspiracji prowadzące do wystąpienia zapalenia płuc. Dodatkowo pojawiający się u chorych niepokój i nadaktywność mogą zwiększyć zapotrzebowanie na energię, zaś stosowana farmakoterapia może zmniejszać apetyt i wpływać na pogorszenie stanu odżywienia. Oprócz wymienionych problemów związanych z odżywianiem chorych z demencją należy brać także pod uwagę zaburzenia związane z wiekiem, które również prowadzić mogą do niedożywienia (brak apetytu i odczuwania pragnienia, problemy z żuciem, obniżony nastrój, obniżona sprawność fizyczna i manualna konieczna do przygotowywania posiłków). Wszystkie wymienione nieprawidłowości sprawiają, że utratę masy ciała uznać można za kliniczną cechę postępującej demencji [2, 3, 14, 15].

Według wytycznych korzystne jest czasowe stosowanie wspomaganie żywienia dojelitowego u pacjentów z łagodnym lub umiarkowanym otępieniem, jeśli niedożywienie jest spowodowane przez odwracalne przyczyny (np. wtórne choroby towarzyszące, takie jak de-

presja, zakażenie, czasowo stosowana przez personel medyczny sedacja, ból lub zmiany patologiczne w obrębie jamy ustnej utrudniające przyjmowanie pokarmów). Pozwala to na przezwyciężenie sytuacji kryzysowych w przypadkach, gdy samodzielne spożywanie posiłków nie zapewnia choremu należytego stanu odżywienia [2, 14, 20]. U pacjentów we wczesnej, łagodnej lub umiarkowanej demencji w razie pogorszenia się stanu zdrowia (np. odwodnienie, dysfagia spowodowana udarem, choroba zakaźna) należy rozpocząć karmienie przez zgłębnik, jeżeli karmienie doustne nie zaspakaja potrzeb żywieniowych [14, 20]. Natomiast nie zaleca się stosowania sztucznego odżywiania dojelitowego w schyłkowej fazie demencji. Jednakże decyzje powinny być podejmowane wobec każdego pacjenta indywidualnie z uwzględnieniem rokowania i preferencji chorego [10, 11, 14, 15].

Postuluje się, aby żywienie pozajelitowe było alternatywą stosowaną jedynie w uzasadnionych przypadkach, gdy żywienie dojelitowe jest przeciwwskazane lub źle tolerowane, a także wtedy, gdy żywienie pozajelitowe jest jedną dostępną opcją terapeutyczną pomocną w przezwyciężeniu czasowego kryzysu. W każdym przypadku wymagane jest dokonanie rozważnej oceny wskazań medycznych, preferencji pacjenta (i jego przedstawicieli), jak również potencjalnych korzyści i zagrożeń wynikających z podjęcia tego typu interwencji [14, 15]. Pozajelitowa podaż płynów zalecana jest w sytuacjach, w których występują trudności związane z niedostatecznym dojelitowym spożyciem płynów. Nawadnianie prowadzone tą drogą powinno być ograniczone do sytuacji, w których doustna podaż płynów nie pozwala na utrzymanie właściwego stanu nawodnienia (np. w stanach gorączkowych, wystąpieniu biegunki, dysfagii czy zaburzeń w odczuwaniu pragnienia) [14, 15]. Sztuczne odżywianie i nawadnianie (zarówno dojelitowe, jak i pozajelitowe) prowadzone u pacjentów cierpiących na zaburzenia otępienne w schyłkowej fazie życia wiąże się z niepewnymi korzyściami tej procedury i znacznym ryzykiem. Nie zaleca się prowadzenia (a także rozpoczynania) terapii żywieniowej, jeżeli wiąże się to z dodatkowymi obciążeniami lub ryzykiem powikłań u umierającego pacjenta [14, 15].

Wspomaganie żywienia u osób z zaburzeniami otępiennymi

Aktywności podejmowane przez personel medyczny i opiekuńczy w związku z prowadzeniem sztucznego żywienia (pomimo, że ich stosowaniu często towarzyszy wykorzystanie sprzętu medycznego, np. zgłębników czy procedur inwazyjnych, choćby gastrostomii odżywczych) często rozumiane są jako symboliczne

i utożsamiane ze sprawowaniem elementarnej opieki obejmującej zapewnienie potrzeb biologicznych i komfortu. W początkowych etapach choroby otępiennej podejmowane interwencje obejmują pomoc w spożywaniu posiłków i zapewnienie bezpieczeństwa, zmianę konsystencji pokarmów, modyfikację sposobu karmienia. Ponadto zalecane jest także podawanie pokarmów, które pacjent lubi, a jeżeli są wskazania należy rozważyć zmianę składu posiłków i zwiększanie ich kaloryczności. W miarę pogarszania się stanu pacjenta, wraz z wystąpieniem problemów z połykaniem stosowane działania obejmują również prowadzenie sztucznego żywienia i nawadniania (najczęściej przez zgłębnik, PEG lub dożylnie) [9, 23, 24]. Zastosowanie PEG w żywieniu osób z zaawansowaną demencją wydaje się być adekwatną odpowiedzią na ich problemy żywieniowe. Do celów żywienia osób w zaawansowanym otępieniu należą: poprawa stanu czynnościowego, zapobieganie stanom niedożywienia i ich następstwom, zapobieganie zachłyśnięciom, poprawa komfortu, zmniejszenie ryzyka wystąpienia odleżyn i zakażeń. Jednakże na podstawie dostępnych badań przeglądowych można stwierdzić, że cele żywienia często nie są osiągane, dlatego też zaleca się krytyczną ocenę zasadności stosowania PEG u osób z zaawansowanym otępieniem [25]. Brak jest np. jednoznacznych dowodów na to, że stosowanie tej procedury w późnym stadium demencji zapobiega aspiracji, powstaniu niedożywienia i odleżyn. Nie wpływa ono także na poprawę stanu funkcjonalnego i jakości życia osób nią objętych [21, 26]. Zasadność stosowania procedury PEG u chorych z otępieniem wzbudza liczne kontrowersje, a według wytycznych ESPEN nie jest zalecane stosowanie PEG u pacjentów w zaawansowanym stadium otępienia. Procedura PEG może być jednak wskazana, jako czasowa terapia u chorych we wczesnych stadiach demencji, jeżeli niedożywienie jest spowodowane przez odwracalne czynniki [10, 11, 14, 15].

Uwzględnić należy, że niejednokrotnie rodziny osób chorujących na zaburzenia otępienne, poddawanych wspomaganemu i sztucznemu odżywianiu utożsamiają stosowanie niektórych środków (zgłębnik, PEG) z zaawansowaną technologią, a tym samym z zapewnianiem opieki lepszej jakości w porównaniu do karmienia doustnego [18]. Wobec pacjentów z demencją korzystniejsze niż karmienie przez zgłębnik lub PEG wydaje się jednak karmienie doustne (CHF – ang. careful hand feeding) prowadzone adekwatnie do ich potrzeb i możliwości oraz z uwzględnieniem ich preferencji czy upodobań [8, 14, 27]. Zaletą tej formy wspomaganego odżywiania jest także umożliwienie pacjentowi czerpania satysfakcji płynącej ze spożywania posiłków, a także unikanie stosowania przymusu, które często towarzyszy umieszczeniu zgłębnika czy PEG. Jednakże

postępowanie to wymaga umiejętności, zapewnienia pacjentowi bezpieczeństwa oraz czasu i cierpliwości, które ze względu na organizację opieki instytucjonalnej nie zawsze mogą zostać zapewnione w wystarczającym zakresie [14, 24, 27].

Wyniki licznych badań klinicznych nie potwierdzają jednoznacznie skuteczności ANH u pacjentów z zaawansowanym otępieniem i ostrzegają o jego potencjalnych negatywnych konsekwencjach [1, 12, 20, 28]. Istnieją dowody wskazujące na zagrożenia związane z prowadzeniem tej terapii – wysokie ryzyko powikłań w postaci bólu i infekcji, krwawienia, aspiracji, zachłystowego zapalenia płuc, nudności, biegunki, zaparc, zwiększonej ilości wydzieliny w drogach oddechowych, a także częstą konieczność unieruchamiania pacjentów [12, 16, 17, 18, 19, 23, 29, 30, 31]. Należy zwrócić uwagę na fakt, że ze względów etycznych nie prowadzi się prospektywnych badań oceniających potencjalne korzyści związane z stosowaniem sztucznego odżywiania i nawadniania pacjentów z ciężką demencją [14]. Publikowane wyniki wskazujące na brak skuteczności sztucznego karmienia w zaawansowanej demencji pochodzą z badań o charakterze retrospektywnym, które mogą nie uwzględniać wszystkich aspektów tego zagadnienia [22].

Sztuczne żywienie jako element opieki czy interwencja medyczna?

W związku z podejmowaniem decyzji dotyczących prowadzenia sztucznego żywienia i nawadniania pielęgniarki niejednokrotnie stykają się z licznymi dylematami. Odżywianie i nawadnianie tradycyjnie uznawane jest za jeden z podstawowych elementów sprawowania opieki pielęgniarskiej i często utożsamiane jest z humanitarną opieką, jednakże może ono być także interpretowane jako procedura medyczna, której prowadzenia (w określonych okolicznościach) można zaniechać lub zaprzestać [12, 28, 32].

Sztuczne żywienie jako element opieki

Sztuczne żywienie i nawadnianie najczęściej interpretowane jest jako element humanitarnej opieki, a także okazywanie troski i współczucia należnego każdemu człowiekowi bez względu na stan zdrowia, w jakim się znajduje oraz rokowania [33]. Żywienie często ma również silne znaczenie symboliczne dla wielu pacjentów, ich rodzin, a także przedstawicieli personelu medycznego – karmienie jest postrzegane jako podstawowa aktywność opiekuńcza, a zaprzestanie podawania żywności utożsamiane jest z zaniedbaniem i porzuceniem. Wspomagane odżywianie może być także utożsamiane ze składową podstawowej opieki, ze względu na to, iż jest to aktywność niezbędna dla każdego człowieka do jego biologiczne-

go przetrwania [12]. Dla pacjentów i ich rodzin żywienie i pojenie mogą mieć także istotne znaczenie wynikające z uwarunkowań osobistych, religijnych czy kulturowych. Osoby, które doświadczyły w swym życiu ograniczeń w dostępie do pożywienia, będą skłonne utożsamiać jakiegokolwiek ograniczenia w prowadzonej terapii żywieniowej (lub jej przerwaniu) z działaniem naruszającym godność pacjenta [16, 18, 34]. W argumentacji wskazującej na utożsamienie sztucznego żywienia i nawadniania z elementem podstawowej opieki można także odwołać się do następujących argumentów: zakończenie podaży płynów i pokarmów przyczynowo prowadzi do śmierci pacjenta, a ciężar prowadzenia tej terapii wydaje się być niewielki w stosunku do jej korzyści (przedłużenie życia). Ze względu na to pojenie i karmienie ma wymiar symboliczny i rozumiane jest jako podstawowy element świadczenia humanitarnej opieki, okazywanie troski i dbanie o komfort osoby chorej [16, 32, 34, 34, 35].

Problem sztucznego żywienia osób u schyłku życia jest kwestią nacechowaną liczniejszymi dylematami i emocjami niż inne rodzaje postępowania opiekuńczego i terapeutycznego. Spożywanie posiłków, dzielenie się nimi, karmienie osób niezdolnych do samodzielnego jedzenia praktykowane jest w niemal wszystkich społecznościach i kulturach. Zaprzeszanie karmienia osób umierających budzi intuicyjny sprzeciw związany z symbolicznym wymiarem jedzenia. Dlatego też wiele rodzin pacjentów naciska na karmienie ich bliskich niezależnie od oceny skuteczności tego działania [21]. Rodziny pacjentów opierając się na założeniu, że żywienie i pojenie stanowi elementarną opiekę, często domagają się prowadzenia sztucznego żywienia, pomijając stan pacjenta, obiektywne wskazania medyczne i bilans korzyści oraz ryzyka i niedogodności związanych z prowadzeniem tej terapii [16, 21]. Ze względu na symboliczny wymiar żywienia wiele rodzin pacjentów nie podejmuje aktywnych kroków zmierzających do przerwania prowadzenia tej procedury, oczekując na naturalną śmierć swojego bliskiego. Nie utożsamiają oni sztucznego żywienia z terapią, której można w jakichkolwiek okolicznościach zaprzestać lub zaniechać w taki sam sposób jak innych procedur medycznych (np. reanimacji, dializoterapii, antybiotykoterapii) [36].

Sztuczne żywienie jako interwencja medyczna

Debate prowadzona nad sztucznym żywieniem i nawadnianiem budzi liczne kontrowersje. Zwolennicy stanowiska utożsamiającego sztuczne żywienie i nawadnianie z procedurą medyczną posilkują się głównie argumentem opartym na twierdzeniu, iż nie ma istotnej różnicy pomiędzy sztucznym żywieniem, a innym działaniem zapewniającym podtrzymanie podstawowych funkcji życiowych – na przykład sztuczną wentylacją chorego.

Dlatego też tego typu żywienie może zostać zaniechane lub wstrzymane, tak jak każda inna procedura terapeutyczna [16]. Sztuczne odżywianie i nawadnianie jako interwencje medyczne wymagają odpowiednich wskazań, celu terapeutycznego, a także wyrażonej woli (zgody) właściwego pacjenta [6, 14]. Jeżeli więc sztuczne żywienie i nawadnianie nie powoduje poprawy stanu zdrowia pacjenta, nie są to działania z punktu widzenia etyki obowiązkowe. Zarówno pacjenci, jak i ich przedstawiciele, mogą zezwolić na wycofanie wszystkich form żywienia i nawadniania, zarówno podawanych doustnie, dojelitowo, jak i dożylnie, jeżeli decyzja podjęta została autonomicznie i spełniała kryteria zgody świadomej [14].

Podsumowanie

Dla każdego człowieka odżywianie i nawadnianie stanowi elementarną potrzebę warunkującą jego przetrwanie. Tak długo, jak dana osoba może jeść i pić, aby zaspokoić potrzeby żywieniowe (a także chce to robić), nie ma potrzeby podejmowania interwencji. Natomiast powinna ona zostać podjęta w sytuacjach, gdy pacjent nie może przyjmować pokarmów i płynów lub przyjmuje je w stopniu niewystarczającym do pokrycia jego potrzeb. Wraz ze wzrostem populacji osób starszych wzrasta również liczba osób chorujących na zaburzenia otępienne. Jednym z aspektów opieki pielęgniarstwa nad tą grupą chorych jest zaspokojenie ich potrzeb żywieniowych. Powoduje to konieczność rozwiązywania licznych dylematów związanych z charakterem i zasadnością podejmowanych interwencji żywieniowych.

Ze względu na indywidualne potrzeby pacjentów chorych na zaburzenia otępienne potrzebujących wsparcia w odżywianiu może ono przybrać różną formę w zależności od nasilenia zaburzeń. Wraz z postępem choroby konieczne jest dostosowywanie prowadzonych działań do potrzeb i stanu pacjenta. Progresywny charakter zaburzeń otępiennych powoduje, że u cierpiących na nie pacjentów pojawiają się problemy z odżywianiem prowadzące do niedostatecznej podaży składników odżywczych. W obliczu tych sytuacji rodziny pacjentów i personel medyczny stają przed dylematem związanym z podjęciem sztucznego odżywiania i nawadniania, rozumianych w tej sytuacji jako interwencje medyczne. Wobec chorych, u których rozważa się wprowadzenie sztucznego żywienia konieczne jest określenie celu podejmowanej interwencji i korzyści, jakie może ona przynieść dla chorego w obszarze jego funkcjonowania fizycznego, psychicznego czy jakości życia.

Brak jest jednoznacznych dowodów wskazujących na to, że karmienie sztuczne pacjentów cierpiących na demencję zmienia w sposób istotny ich funkcjonowanie lub zmniejsza ryzyko zachłyśnięcia się i związanych

z nim powikłań. Istotnym aspektem, jaki należy brać pod uwagę, jest także dyskomfort związany z założonym zgłębnikiem, PEG lub dostępem naczyniowym (a także konieczność ich okresowej wymiany) oraz mogącą wystąpić konieczność unieruchamiania pacjentów. Pomimo tego nadal u większości pacjentów cierpiących na zaburzenia otępienne prowadzone jest sztuczne żywienie, traktowane jest ono bowiem jako nieodłączny aspekt elementarnej opieki.

Reasumując, kwestia podejmowania, prowadzenia i zaprzestania sztucznego odżywiania w populacji osób cierpiących na zaburzenia otępienne zyskuje na znaczeniu ze względu na przewidywany w nadchodzących dziesięcioleciach wzrost częstości występowania demencji związanej ze starzeniem się społeczeństw.

Piśmiennictwo

1. Monod S, Chioleri R, Büla C, Benaroyo L. Ethical issues in nutrition support of severely disabled elderly persons: a guide for health professionals. *J Parenter Enteral Nutr.* 2011; 35(3): 295–302.
2. Alzheimer Europe, End-of-Life care for people with dementia. Ethical issues in practice. <http://www.alzheimer-europe.org/Ethics/Ethical-issues-in-practice/2008-End-of-Life-care-for-people-with-dementia/Our-position-and-guidelines-on-End-of-life-care> [data cytowania 19.12.2017].
3. Prince M, Albanese E, Guerchet M, Prina M. *Nutrition and Dementia: A Review of Available Research*; Alzheimer's Disease International: London, UK, 2014.
4. Clarke G, Galbraith S, Woodward J, Holland A, Barclay S. Eating and drinking interventions for people at risk of lacking decision-making capacity: who decides and how? *BMC Med Ethics.* 2015; 16: 41.
5. Monturo C. The artificial nutrition debate: still an issue... After all these years. *Nutr Clin Pract.* 2009; 24(2): 206–213.
6. Henry B. Evolving ethical and legal implications for feeding at the end of life. *Ann Palliat Med.* 2017; 6(1): 87–90.
7. Geppert C, Andrews M, Druyan M. Ethical issues in artificial nutrition and hydration: a review. *J Parenter Enteral Nutr.* 2010; 34(1): 79–88.
8. Luk J, Chan F, Hui E, Tse C. The feeding paradox in advanced dementia: a local perspective. *Hong Kong Med J.* 2017; 23(3): 306–310.
9. Mitchell S, Teno J, Kiely D, Shaffer M, Jones R, Prigerson H, Vollicer L, Givens J, Hamel M. The clinical course of advanced dementia. *N Engl J Med.* 2009; 361(16): 1529–1538.
10. Brooke J, Ojo O. Oral and enteral nutrition in dementia: an overview. *Br J Nurs.* 2015; 24(12): 624–628.
11. Brooke J, Ojo O. Enteral nutrition in dementia: a systematic review. *Nutrients.* 2015; 7(4): 2456–2468.
12. Bryon E, Dierckx de Casterlé B, Gastmans C. 'Because we see them naked' – nurses' experiences in caring for hospitalized patients with dementia: considering artificial nutrition or hydration (ANH). *Bioethics.* 2012; 26(6): 285–295.
13. Bell C, Somogyi-Zalud E, Masaki K, Fortaleza-Dawson T, Blanchette P. Factors Associated with Physician Decision-Making in Starting Tube Feeding. *J Palliat Med.* 2008; 11(6): 915–924.
14. Druml C, Ballmer P, Druml W, Oehmichen F, Shenkin A, Singer P, Soeters P, Weimann A, Bischoff S. ESPEN guideline on ethical aspects of artificial nutrition and hydration. *Clin Nutr.* 2016; 35(3): 545–556.
15. Volkert D., Chourdakis M., Faxen-Irving G., Frühwald T., Landi F., Suominen M., Vandewoude M., Wirth R., Schneider S. ESPEN guidelines on nutrition in dementia. *Clin Nutr.* 2015; 34(6): 1052–1073.
16. Brody H, Hermer L, Scott L, Grumbles L, Kutac J, McCammon S. Artificial nutrition and hydration: the evolution of ethics, evidence, and policy. *J Gen Intern Med.* 2011; 26(9): 1053–1058.
17. Teno J, Mithcell S, Kuo S, Gozalo P, Rhodors L, Lima J, Mor V. Decision-Making and Outcomes of Feeding Tube Insertion: A Five-State Study. *J Am Geriatr Soc.* 2011; 59(5): 881–886.
18. Ying I. Artificial nutrition and hydration in advanced dementia. *Can Fam Physician.* 2015; 61(3): 245–248.
19. Lacatusu C, Cijevschi-Prelipcean C, Mihai C, Mihai B. Ethics of artificial nutrition. *Rev Rom Bioet.* 2014; 12(1): 44–55.
20. Jones B. Ethics and artificial nutrition towards the end of life. *Clin Med.* 2010; 10(6): 607–610.
21. van de Vathorst S. Artificial nutrition at the end of life: Ethical issues. *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 2014; 28(2): 247–253.
22. Lynch M. Is tube feeding futile in advanced dementia? *Lancet.* 2016; 383(3): 283–307.
23. Hanson L, Ersek M, Gilliam R, Carey T. Oral Feeding Options for Patients with Dementia: A Systematic Review. *J Am Geriatr Soc.* 2011; 59(3): 463–472.
24. Harwood R. Feeding decisions in advanced dementia. *J R Coll Physicians Edinb.* 2014; 44(3): 232–237.
25. Wytyczne European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) dotyczące sztucznego żywienia dojelitowego – przezskórna endoskopowa gastrostomia (PEG) <http://www.polspen.pl/assets/files/wytyczne/Wytyczne%20ESPEN%20dotyczace%20PEG.pdf> [data cytowania: 29.01.2018].
26. Wojszel B. Niedożywienie i dylematy leczenia żywieniowego w geriatryi. *Postępy Nauk Medycznych.* 2011; 8: 649–657.
27. DiBartolo M. Careful hand feeding: a reasonable alternative to PEG tube placement in individuals with dementia. *J Gerontol Nurs.* 2006; 32(5): 25–33.
28. Bryon E, Gastmans C, Dierckx de Casterlé B. Decision-making about artificial feeding in end-of-life care: literature review. *J Adv Nurs.* 2008; 63(1): 2–14.
29. Garrow D, Pride P, Moran W, Zapka J, Amella E, Delegge M. Feeding Alternatives in Patients With Dementia: Examining the Evidence. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2007; 5(1): 1372–1378.
30. Murphy L, Lipman T. Percutaneous endoscopic gastrostomy does not prolong survival in patients with dementia. *Arch Intern Med.* 2003; 163: 1351–1353.
31. Gillick M. The Ethics of Artificial Nutrition and Hydration – a practical guide. *Pract Bioethics.* 2006; 2(2-3): 2–7.
32. Bryon E, Gastmans C, Dierckx de Casterlé B. Involvement of hospital nurses in care decisions related to administration of artificial nutrition or hydration (ANH) in patients with dementia: a qualitative study. *Int J Nurs Stud.* 2010; 47(9): 1105–1116.
33. Tsai E. Withholding and withdrawing artificial nutrition and hydration. *Paediatr Child Health.* 2011; 16(4): 241–242.
34. Clarke G, Harrison K, Holland A, Kuhn I, Barclay S. How are treatment decisions made about artificial nutrition for indi-

viduals at risk of lacking capacity? A Systematic Literature Review. PLoS One. 2013; 8(4): e61475.

35. Van der Riet P, Good P, Higgins I, Sneesby L. Palliative care professionals' perceptions of nutrition and hydration at the end of life. Int J Palliat Nurs. 2008; 14(3): 145–151.
36. Kitzinger C, Kitzinger J. Withdrawing artificial nutrition and hydration from minimally conscious and vegetative patients: family perspectives. J Med Ethics. 2015; 41(2): 157–160.

Artykuł przyjęty do redakcji: 14.10.2018

Artykuł przyjęty do publikacji: 26.11.2018

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.

Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:

Patrycja Zurzycka

ul. Kopernika 25

31-501 Kraków

tel.: 12 421 41 60

e-mail: patrycja.zurzycka@uj.edu.pl

Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego

Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa

Wydział Nauk o Zdrowiu

Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

■ WYKORZYSTANIE MIĘDZYNARODOWEGO STANDARDU ICNP® W OPIECE PIELĘGNIARSKIEJ NAD DZIECKIEM Z CHOROBA REFLUKSOWĄ PRZEŁYKU

THE USE OF INTERNATIONAL ICNP® STANDARD IN THE NURSING CARE OF A CHILD WITH GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE

Angelika Puzio, Hanna Grabowska

Katedra Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu z Oddziałem Pielęgniarstwa i Instytutem Medycyny Morskiej i Tropikalnej, Gdański Uniwersytet Medyczny

DOI: <https://doi.org/10.20883/pielpol.2019.29>

STRESZCZENIE

Wstęp. Choroba refluksowa przełyku (GERD – gastroesophageal reflux disease) stanowi stosunkowo częste schorzenie występujące w populacji wieku rozwojowego. Jej istotę stanowi patologiczny refluks polegający na biernym cofaniu się treści pokarmowej z żołądka do przełyku. Celem artykułu jest znalezienie odpowiedzi na pytanie, czy w opiece nad dzieckiem z GERD można wykorzystać słownik ICNP®?

Opis przypadku. Badaniem objęto 2-letnią dziewczynkę z rozpoznaniem GERD, hospitalizowaną na Oddziale Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci GUMed w listopadzie 2017 roku. Na podstawie wyników obserwacji, wywiadu oraz pomiarów u dziecka rozpoznano: wymioty [10025981], biegunkę [10000630], ból [10023130], nudności [10000859], zaburzone połykanie [10001033], brak apetytu [10033399], kaszel [10047143], ryzyko infekcji błony śluzowej jamy ustnej [10037627], niedowagę [10027316], ryzyko infekcji [10015133], niepokój [10000477] oraz zaburzony sen [10027226].

Wnioski. Słownik ICNP® stanowi optymalne i wyczerpujące źródło terminów opisujących diagnozy pielęgniarские oraz zakres interwencji podejmowanych w opiece pielęgniarской sprawowanej nad dzieckiem z GERD.

SŁOWA KLUCZOWE: choroba refluksowa przełyku, ICNP®, opieka pielęgniarская, diagnoza pielęgniarская.

ABSTRACT

Introduction. Gastroesophageal reflux disease (GERD) is a relatively common disorder in the developmental age population. It is characterized by pathological reflux entailing the passive backflow of gastric contents from the stomach into the esophagus. The aim of the article is to answer the question whether the ICNP® dictionary can be used in the care of a child with GERD.

Case description. The study involved a 2-year-old girl with GERD, hospitalized at the Department of Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition of Gdańsk Medical University in November 2017. Based on the results of the observation, medical history and measurements, the child was diagnosed with: vomiting [10025981], diarrhoea [10000630], pain [10023130], nausea [10000859], impaired swallowing [10001033], lack of appetite [10033399], cough [10047143], risk for infection of oral mucous membrane [10037627], underweight [10027316], risk for infection [10015133], anxiety [10000477] and impaired sleep [10027226].

Conclusions. The ICNP® dictionary is an optimal and comprehensive source of terms describing nursing diagnoses and the scope of interventions undertaken in the nursing care for a child with GERD.

KEYWORDS: gastroesophageal reflux disease (GERD), ICNP®, nursing care, nursing diagnosis.

Wprowadzenie

Choroba refluksowa przełyku (GERD – *gastroesophageal reflux disease*), której istotę stanowi patologiczny refluks, polegający na biernym cofaniu się treści pokarmowej z żołądka do przełyku, jest coraz częstszym schorzeniem występującym w populacji wieku rozwojowego. Refluks przełyku występuje u noworodków i niemowląt jako proces fizjologiczny, najczęściej po spożytym posiłku, co związane jest z niedojrzałym anatomicznie i czynnościowo przewodem pokarmowym.

Dodatkowo, cofaniu się treści pokarmowej sprzyja długotrwała pozycja leżąca. Objawy fizjologiczne powinny ustąpić jednak po ukończeniu przez dziecko pierwszego roku życia. Refluks patologiczny występuje niezależnie od przyjmowania posiłków i powoduje negatywne skutki w przewodzie pokarmowym. Często pojawia się w czasie snu i trwa zdecydowanie dłużej. Za czynnik ryzyka GERD uznano obecność przepukliny rozworu przełykowego, a także mózgowo-porażenie dziecięce, otyłość oraz mukowiscydozę [1–4].

Rozpowszechnienie GERD dotyczy około 5–10% populacji dziecięcej. Typowe objawy związane są z układem pokarmowym i obejmują nieprzyjemny zapach z ust, dysfagię, odynofagię, zgagę, odbijania, nudności i wymioty, natomiast charakterystyczne dla pozostałych układów są: chrypka, suchy kaszel, stany zapalne dróg oddechowych, zapalenie ucha środkowego, niedokrwistość, bóle w klatce piersiowej, zahamowanie rozwoju somatycznego, hipoproteinemia, niepokój i rozdrażnienie, problemy z zaśnięciem [5].

W opiece sprawowanej nad dzieckiem z GERD ważna jest współpraca pomiędzy rodzicami dzieci a personelem medycznym. Istotną rolę mogą odegrać pielęgniarki, które w procesie edukacji zdrowotnej przekazują opiekunom niezbędne informacje oraz uczą optymalnej i efektywnej opieki nad dzieckiem w zakresie, np. sposobów karmienia dziecka czy też pozycjonowania po spożytym posiłku.

Zaplanowanie adekwatnego do sytuacji zdrowotnej dziecka zakresu interwencji powinno zostać poprzedzone dokonaniem przez pielęgniarkę oceną jego funkcjonowania w wymiarze holistycznym oraz sformułowaniem diagnoz pielęgniarskich. W opisywaniu i dokumentowaniu procesu pielęgnowania dziecka z GERD (i nie tylko) pielęgniarki mogą wykorzystać międzynarodowy standard terminów zawartych w Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP®), rozwijanej przez Międzynarodową Radę Pielęgniarek i należącej do tzw. rodziny klasyfikacji medycznych Światowej Organizacji Zdrowia [6–8].

Struktura ICNP® składa się z 7 osi: Klient, Przedmiot, Działanie, Środki, Czas, Lokalizacja oraz Osąd. Począwszy od roku 2011 Słownik ICNP® został wzbogacony o kolejne dodatkowe osi – diagnozy/wyniki i interwencje pielęgniarskie [8].

Celem niniejszej pracy jest znalezienie odpowiedzi na pytanie, czy w opiece nad dzieckiem z GERD można wykorzystać słownik ICNP®?

Opis przypadku

Badaniem objęto 2-letnią dziewczynkę z rozpoznaniem GERD. Badania przeprowadzono w listopadzie 2017 roku w Szpitalu im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku na Oddziale Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci GUMed, po wcześniejszym otrzymaniu zgody rodziców dziecka oraz Zarządu Szpitala.

Powodem hospitalizacji była biegunka (spowodowana wprowadzeniem produktów wysokobiałkowych) oraz wymioty. Choroba refluksowa przełyku została zdiagnozowana u dziewczynki w 3. miesiącu życia. Pierwszymi objawami, które zaniepokoiły rodziców, były: prężenie podczas karmienia piersią, płacz i częste ulewania. Pasaż jelitowy oraz gastroskopia, wykonane

podczas pierwszej hospitalizacji dziecka, potwierdziły rozpoznanie. Matce zalecono odstawienie dziecka od piersi i zastosowano specjalistyczne mleko Neo Cate oraz Omeprazol 1x20 mg p.o., Debridat 3x5ml p.o. i Witaminę D 1x15µg p.o.

Podczas aktualnej hospitalizacji u dziecka – na podstawie wyników obserwacji, wywiadu oraz pomiarów – stwierdzono w zakresie:

- układu oddechowego: oddech prawidłowy, w liczbie 22/min, saturacja 98%, suchy kaszel (pojawiający się najczęściej wieczorem i podczas przyjmowania posiłków);
- układu krążenia: ciśnienie tętnicze krwi 110/60 mm Hg, tętno 115 uderzeń/min, perfuzja i zabarwienie skóry prawidłowe;
- układu moczowego: diureza prawidłowa;
- układu pokarmowego: nudności i wymioty po spożytym posiłku i aktywności fizycznej, biegunka (6 wypróżnień/dobę), trudności w połykaniu pokarmów o stałej konsystencji (utrzymujące się od pierwszego roku życia dziecka i posiadające charakter nawracający), zmniejszone łaknienie utrzymujące się od tygodnia;
- skóry i błon śluzowych: skóra czysta, bez zmian, prawidłowo nawilżona;
- snu: problemy z zasypianiem spowodowane brakiem adaptacji do nowego otoczenia;
- dolegliwości bólowych: ból i pieczenie w przełyku podczas połykania pokarmów (na podstawie obserwacji zachowania dziecka, które dotyczy klatki piersiowej i płacze, odmawia przyjmowania pokarmów);
- kontaktu słownego: dziecko odpowiada na podstawowe pytania, dotyczące informacji o sobie, jego najbliższych, ulubionych zabaw, potrafi wskazać miejsce bólu (trzyma się za brzuch i płacze), sygnalizuje podstawowe potrzeby;
- stanu psychicznego i zachowania: lęk i niepokój związany z hospitalizacją (dziecko pozostawało pod opieką rodziców, którzy starali się towarzyszyć córce podczas badań i zabiegów pielęgniarskich, a brak ich obecności wywoływał gniew i płacz dziecka);
- warunków społeczno-bytowych: dziecko mieszka z rodzicami, rodzeństwem oraz dziadkami, warunki socjalne dobre;
- masy ciała (9,8 kg – na granicy 3 centyla) oraz wzrostu (82 cm – 7 centyl).

W celu zapewnienia równowagi wodno-elektrolitowej dziecku przytoczono dożylnie 250 ml płynu wieloelektrolitowego. Przeprowadzono badanie pH–

metryczne, które wykazało obecność kwaśnego pH w przełyku. Pacjentka była karmiona małymi porcjami co 3–4 godziny (zmiksowane zupy, purée z warzyw, jogurty). Została przeprowadzona konsultacja z dietetykiem dotycząca sposobu odżywiania dziecka. Wprowadzono specjalistyczną dietę wysokobiałkową, zastosowano również preparat Nutrikid Multi Fibre 200 ml w 2–3 dawkach między posiłkami. Dziecku zlecono Omeprazol 1x20 mg p.o., Ranitydynę 2x24mg p.o., Debridat 3x5ml p.o. i probiotyki. Pielęgniarka udzieliła wskazówek odnośnie liczby posiłków i czasu ich trwania, a także wręczyła broszury dotyczące opieki nad pacjentem z chorobą refluksową.

Proces pielęgnowania dziecka z chorobą refluksową przełyku z wykorzystaniem ICNP®

Diagnoza ICNP®: Wymioty [10025981]

Interwencje ICNP®:

1. Zarządzanie wymiotami [10046329] + termin z osi Środki: podkład [10006248]
2. Pozycjonowanie pacjenta [10014761]
3. Współdziałanie przy terapii płynami [10030948] + termin z osi Środki: kroplówka [10006295]

Ewaluacja odpowiedzi na terapię płynami [10007176]

Zarządzenie reżimem diety [10023861]

Ocenianie równowagi płynów [10037881]

Monitorowanie równowagi płynów [10040852]

Odwracanie uwagi [10039232] + termin z osi Środki: zabawka [10019914]

Pielęgnacja jamy ustnej [10032184] + termin z osi Środki: roztwór [10018499]

Zapewnienie prywatności [10026399]

Diagnoza ICNP®: **Biegunka** [10000630]

Interwencje ICNP®:

1. Ocenianie biegunki [10043656]
2. Zarządzanie biegunką [10043641] + termin z osi Środki: usługi dietetyczne [10013435]
3. Asystowanie dziecku w czynnościach toaletowych [10045964] + termin z osi Środki: pielucha [10005914]
4. Nauczanie o zarządzaniu biegunką [10043660] + termin z osi klient: rodzic [10014023]
5. Promowanie higieny [10032477]
6. Nauczanie o pielęgnacji krocza [10045165] + termin z osi klient: rodzic [10014023]

Diagnoza ICNP®: **Ból** [10023130]

Interwencje ICNP®:

1. Ocenianie bólu [10026119] + termin z osi Środki: pielęgniarka [10013333]
2. Monitorowanie bólu [10038929]

3. Zarządzanie bólem [10011660] + termin z osi Lokalizacja: droga doustna [10013749]
4. Administrowanie lekiem [10025444]
5. Nauczanie rodziny o zarządzaniu bólem [10038337] + termin z osi Klient: rodzic [10014023]

Diagnoza ICNP®: **Nudności** [10000859]

Interwencje ICNP®:

1. Ocenianie nudności [10043694] + termin z osi Środki: pielęgniarka [10013333]
2. Zarządzanie nudnościami [10043673]
3. Pozycjonowanie pacjenta [10014761] + termin z osi Środki: poduszka [10014607]
4. Nauczanie o zarządzaniu nudnościami [10043687] + termin z osi Klient: rodzic [10014023]

Diagnoza ICNP®: **Zaburzone połykanie** [10001033]

Interwencje ICNP®:

1. Nauczanie o wzorcu przyjmowania pokarmu [10032918] + termin z osi Klient: rodzic [10014023]
2. Nauczanie o potrzebach dietetycznych [10046533] + termin z osi Środki: materiał instruktażowy [10010395]
3. Współdziałanie z dietetykiem [10040435]
4. Poradnictwo dla pacjenta [10031062] + technika połykania [10019352] z osi Środki

Diagnoza ICNP®: **Brak apetytu** [10033399]

Interwencje ICNP®:

1. Ocenianie apetytu [10038901] + termin z osi Środki: pielęgniarka [10013333]
2. Ocenianie zachowań związanych z jedzeniem i piciem [10002747]
3. Asystowanie w jedzeniu i piciu [10037269] + termin z osi Środki: łyżka [10018667]
4. Nauczanie o technice karmienia [10045411] + termin z osi Klient: rodzic [10014023]
5. Zarządzanie niwelowaniem objawu [10038718]

Diagnoza ICNP®: **Cough (kaszel)** [10047143]

Interwencje ICNP®:

1. Zarządzanie aktywnością pacjenta [10044971]
2. Pozycjonowanie pacjenta [10014761]
3. Zarządzanie objawem [10031965] + termin z osi Czas: wieczór [10007225]

Diagnoza ICNP®: **Ryzyko infekcji błony śluzowej jamy ustnej** [10037627]

Interwencje ICNP®:

1. Ocenianie statusu jamy ustnej [10044202] + termin z osi Środki: pielęgniarstwo [10013333]
2. Nauczanie o pielęgnacji jamy ustnej [10038108] + termin z osi Klient: rodzic [10014023]
3. Promowanie higieny jamy ustnej [10032483]
4. Pielęgnacja jamy ustnej [10032184] + termin z osi Środki: rozwój [10018499]

Diagnoza ICNP®: **Niedowaga** [10027316]

Interwencje ICNP®:

1. Ważenie pacjenta [10033323] + termin z osi Środki: urządzenie do oceny [10002734]
2. Monitorowanie wagi ciała [10032121] + termin z osi Środki: rekord pacjenta [10014178]
3. Monitorowanie przyjmowania pokarmów [10036614] + termin z osi Czas: hospitalizacja [10009122]
4. Nauczanie o wzorcu przyjmowania pokarmu [10032918] + termin z osi Klient: rodzic [10014023]
5. Administrowanie suplementem diety [10037037] + termin z osi Lokalizacja: droga doustna [10013749]

Diagnoza ICNP®: **Ryzyko infekcji** [10015133]

Interwencje:

1. Ocenianie oznak i symptomów infekcji [10044182] + termin z osi Środki: pielęgniarstwo [10013333]
2. Monitorowanie objawów przedmiotowych i podmiotowych infekcji [10012203]
3. Używanie techniki aseptycznej [10041784]
4. Utrzymywanie drożności dostępu dożylnego [10036677]
5. Prewencja infekcji [10036916] + termin z osi Czas: hospitalizacja [10009122]
6. Zarządzanie urządzeniem [10031776] + termin z osi Środki: kaniula dożylna [10020677]

Diagnoza ICNP®: **Niepokój** [10000477] + dziecko [10004266] z osi Klient

Interwencje ICNP®:

1. Ocenianie niepokoju [10041745] + termin z osi Środki: pielęgniarstwo [10013333]
2. Ocenianie statusu psychologicznego [10030734] + termin z osi Środki: pielęgniarstwo [10013333]
3. Zarządzanie niepokojem [10031711] + termin z osi Środki: technika uspokajania [10003839]

4. Informowanie o hospitalizacji [10042480]
5. Terapia zabawą [10039629] + termin z osi Środki: zabawka [10019914]
6. Promowanie wsparcia rodziny [10036078]
7. Zapewnienie wsparcia emocjonalnego [10027051]

Diagnoza ICNP®: **Zaburzony sen** [10027226]

Interwencje ICNP®:

1. Ocenianie snu [10036764] + termin z osi Środki: pielęgniarstwo [10013333]
2. Zapewnienie rutyny zasypiania [10039025] + termin z osi Czas: wieczór [10007225]
3. Nauczanie o zasypianiu [10040380]

Dyskusja

Grupa Robocza ESPGHAN (Working Group of European Society of Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition) opracowała schemat postępowania w leczeniu GERD u dzieci [1]. Algorytm uwzględnia pozycjonowanie dziecka, leczenie łożeniowe, oraz zastosowanie diety (lekkostrawnej, wysokobiałkowej z niską zawartością tłuszczu, uwzględniającej mniejsze, ale częściej podawane porcje) i farmakoterapii obejmującej leki alkalinizujące i osłaniające. W kolejnych etapach – przy braku pożądanych efektów – stosuje się leki prokinetyczne, a w dalszej kolejności leki blokujące wydzielanie kwasu solnego (ranitydyna i cymetydyna). Ostatni etap stanowi leczenie chirurgiczne (najczęściej wykonuje się zabieg fundoplikacji sposobem Nissena) [1, 2, 9].

Edukując rodziców dziecka z GERD należy zwrócić uwagę na liczbę, częstość i konsystencję posiłków. Ważne jest, aby dziecko spożywało potrawy w wolnym tempie i przyjaznej atmosferze. Ostatni posiłek powinien mieć miejsce około 1–2 godziny przed snem. Po zakończonym posiłku zaleca się utrzymanie pozycji stojącej do kilkunastu minut, co zmniejsza ryzyko cofania się treści pokarmowej. Z diety należy wyeliminować produkty drażniące błonę przełyku i wpływające na wydzielanie kwasów w żołądku (np. potrawy tłuste, smażone, kwaśne i wzdymające). Podczas przygotowania potraw należy zwrócić uwagę na ich sposób przyrządzenia. Dania mięsne i ryby powinny być duszone, gotowane lub pieczone. Owoce i warzywa najlepiej podawać w formie przecierów i purée [1, 2, 9].

Wnioski

Słownik ICNP® stanowi optymalne i wyczerpujące źródło terminów opisujących diagnozy pielęgniarstwa oraz zakres interwencji podejmowanych w opiece pielęgniarstwa sprawowanej nad dzieckiem z GERD.

Piśmiennictwo

1. Rosen R, Vandenplas Y, Singendonk M, Cabana M, Di Lorenzo C, Gottrand F, et al. Pediatric Gastroesophageal Reflux Clinical Practice Guidelines: Joint Recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition and the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition. *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.* 2018; 66 (3): 516–554. doi: 10.1097/MPG.0000000000001889.
2. Albrecht P, Dembiński Ł. Choroba refluksowa przełyku – algorytm postępowania. *Pediatra po Dyplomie* 2018; 22 (1): 36–41.
3. Korzonek M, Dziergas A, Kuczyńska M. Choroba refluksowa przełyku (GERD) – problem wciąż aktualny. *Forum Medycyny Rodzinnej* 2014; 8 (5): 201–210.
4. Czerwionka-Szaflarska M, Romańczuk B. Choroba refluksowa przełyku u dzieci i młodzieży. *Forum Medycyny Rodzinnej* 2010; 4 (1): 26–31.
5. Jastrzębska I, Fyderek K. Przebieg choroby refluksowej przełyku u dzieci. *Pediatra Współczesna, Gastroenterologia, Hepatologia, Żywnienie Dziecka* 2008; 10 (1): 37–39.
6. Kilańska D. Terminologia referencyjna i jej znaczenie dla praktyki. W: Kilańska D, Grabowska H, Gaworska-Krzemińska A (red.). *E-zdrowie. Wprowadzenie do informatyki w pielęgniarstwie*. Warszawa: PZWL; 2018. 345–365.
7. Grabowska H. Studium przypadku ICNP®. W: Kilańska D, Grabowska H, Gaworska-Krzemińska A. (red.). *E-zdrowie. Wprowadzenie do informatyki w pielęgniarstwie*. Warszawa: PZWL; 2018. 265–278.
8. International Classification for Nursing Practice (ICNP®). ICNP Browser [<http://www.icn.ch/ICNP-Browser-NEW.html>, dostęp 5.04.2018].
9. Dudkowiak R, Poniewierka E. Rola diety i stylu życia w leczeniu choroby refluksowej przełyku. *Family Medicine & Primary Care Review* 2012; 14 (4): 586–591.

Artykuł przyjęty do redakcji: 10.04.2018.

Artykuł przyjęty do publikacji: 05.11.2018.

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.

Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:

Hanna Grabowska

ul. Dębinki 7

80-211 Gdańsk

tel/fax 0-048/ 58 349 19 80

e-mail: hanna.grabowska@gumed.edu.pl

Katedra Pielęgniarstwa

Wydział Nauk o Zdrowiu z Oddziałem Pielęgniarstwa i Instytutem

Medycyny Morskiej i Tropikalnej

Gdański Uniwersytet Medyczny

OPIEKA PIELĘGNIARSKA NAD PACJENTEM PO ZABIEGU PRZECZEWKOWEJ ELEKTRORESEKCJI GRUCZOŁU KROKOWEGO WE WCZESNYM OKRESIE POOPERACYJNYM – STUDIUM PRZYPADKU

NURSING CARE OF A PATIENT AFTER TRANSURETHRAL RESECTION OF THE PROSTATE IN THE EARLY POSTOPERATIVE PERIOD – A CASE STUDY

Aleksandra Agnieszka Grzywacz

Wydział Nauk o Zdrowiu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

DOI: <https://doi.org/10.20883/pielpol.2019.30>

STRESZCZENIE

Wstęp. Łagodny rozrost gruczołu krokowego to powszechnie występujące schorzenie urologiczne u mężczyzn po pięćdziesiątym roku życia, które najczęściej wymaga interwencji farmakologicznej lub leczenia zabiegowego. Ze względu na częstość występowania tego schorzenia i towarzyszące mu liczne zaburzenia mikcyjne, stanowi ono problem społeczny oraz znacznie obniża jakość życia pacjentów.

Cel. Celem niniejszej pracy było zaprezentowanie przypadku pacjenta z łagodnym rozrostem gruczołu krokowego oraz sformułowanie planu opieki pielęgniarskiej nad pacjentem po elektroresekcji gruczołu krokowego we wczesnym okresie pooperacyjnym.

Opis przypadku. 67-letni mężczyzna został przyjęty na oddział urologiczny z powodu nasilonych objawów związanych z rozrostem gruczołu krokowego, nie ustępujących mimo zastosowanego wcześniej leczenia farmakologicznego. Pacjent został zakwalifikowany do wykonania zabiegu elektroresekcji prostaty w znieczuleniu podpajęczynówkowym.

Wnioski. Profesjonalna opieka pielęgniarska we wczesnym okresie pooperacyjnym jest wieloaspektowa oraz wymaga od pielęgniarki posiadania specjalistycznej wiedzy i umiejętności. To dzięki nim pielęgniarka właściwie rozpoznaje problemy pielęgniarskie, planuje działania pielęgniarskie i przez to zapobiega wystąpieniu lub rozwojowi niebezpiecznych powikłań pooperacyjnych.

SŁOWA KLUCZOWE: opieka pooperacyjna, łagodny rozrost gruczołu krokowego, proces pielęgnowania.

ABSTRACT

Introduction. Benign prostatic hyperplasia is a commonly occurring urological disorder among men over 50 years old, which most frequently requires pharmacological or surgical treatment. Due to its frequency of occurrence, along with micturition disorders, it is a social problem which greatly decreases patients' quality of life.

Aim. The aim of this study was presenting the case of a patient with benign prostatic hyperplasia and creating a nursing care plan after transurethral resection of the prostate in the early postoperative period.

Case study. 67 years old man admitted to the urology department due to severe symptoms connected with benign prostatic hyperplasia despite earlier pharmacological treatment. The patient was qualified to transurethral resection of the prostate in subarachnoid anaesthesia.

Conclusions. Professional nursing care in the early postoperative period is multiperspective and requires specialist knowledge and skills. With their help, the nurse correctly recognizes nursing problems, plans nursing interventions and thus prevents the occurrence or intensification of dangerous postoperative complications.

KEYWORDS: postoperative care, benign prostatic hyperplasia, nursing care.

Wprowadzenie

Łagodny rozrost gruczołu krokowego to schorzenie urologiczne charakteryzujące się niezłśliwym powiększeniem narządu, jakim jest stercz, w różnych jego strefach; głównie w części zawierającej tkanki gruczolowe oraz strefie przejściowej. Występowanie łagod-

nego rozrostu stercza zwiększa się z wiekiem. Według szacunkowych danych około połowa mężczyzn po 50. roku życia cierpi z powodu tego schorzenia, a odsetek ten wzrasta do 90% po 80. roku życia (przyjmuje się, że po 10% na każdą dekadę) [1, 2, 3]. Najczęstszymi objawami łagodnego rozrostu stercza są różnego ro-

dzaju objawy dysuryczne. Te można podzielić na dwie grupy: objawy związane z napełnianiem pęcherza (do których zaliczamy: częstomocz dzienny i nocny, występowanie parć naglających, dolegliwości bólowe lub pieczenie przy oddawaniu moczu) oraz objawy związane z opróżnianiem pęcherza (do których zaliczamy: trudność w rozpoczęciu mikcji oraz wydłużenie jej czasu, zwiększenie strumienia moczu, przerywany strumień moczu i oddawanie moczu kroplami, uczucie niecałkowitego, niepełnego opróżnienia pęcherza moczowego, całkowite zatrzymanie moczu) [4, 5]. Rozpoznanie stawia się na podstawie kilku składowych. Pierwszym etapem jest dokładnie zebrany wywiad lekarski oraz właściwie przeprowadzone badanie fizykalne (ze szczególnym uwzględnieniem badania per rectum). To one stanowią podstawę do dalszej diagnostyki i leczenia. Dużą wartość przy rozpoznaniu łagodnego rozrostu stercza ma kwestionariusz IPSS – międzynarodowa skala objawów towarzyszących chorobom gruczołu krokowego. Zawiera on łącznie 8 pytań (7 pytań dotyczących dolegliwości ze strony układu moczowego oraz 1 pytanie dotyczące jakości życia), a suma punktów świadczy o intensywności dolegliwości dysurycznych. Ponadto wykorzystuje się: badania laboratoryjne krwi i moczu (przede wszystkim: stężenie swoistego antygenu sterczowego – PSA, badanie ogólne moczu oraz posiew moczu), ultrasonografię przezpłokową oraz przezodbytniczą oraz uroflowmetrię [2,6]. Leczenie tego schorzenia ma na celu poprawę jakości życia pacjenta poprzez zmniejszenie nasilenia dolegliwości związanych z utrudnionym oddawaniem moczu. W przypadku nasilonych dolegliwości dysurycznych stosuje się leczenie farmakologiczne (z zastosowaniem alfa-blokerów) lub leczenie operacyjne, głównie zabieg przezcewkowej elektroresekcji gruczołu krokowego (TURP), który określany jest mianem „złotego standardu” [1, 5].

W pracy wykorzystano metodę indywidualnego przypadku (case study), a celem pracy było zaprezentowanie opisu pacjenta zmagającego się z łagodnym rozrostem prostaty oraz sformułowanie planu opieki pielęgniarskiej nad tym pacjentem po zabiegu przezcewkowej elektroresekcji prostaty we wczesnym okresie pooperacyjnym.

Opis przypadku

Dnia 26.06.2017 roku na oddział urologiczny jednego ze śląskich szpitali zgłosił się pacjent – 67-letni mężczyzna. Pacjent został przyjęty na oddział z powodu zaburzeń mikcyjnych na tle rozrostu gruczołu krokowego celem leczenia zabiegowego. Posiew moczu z dnia 02.06.2017 roku – jałowy. Według międzynarodowej skali punktowej objawów towarzyszących chorobom gruczołu krokowego pacjent otrzymuje 26 punktów na

35 punktów, co świadczy o znacznym nasileniu objawów związanych z rozrostem prostaty. Do tej pory pacjent przyjmuje regularnie Apo-Tamis 0,4 mg 1 raz na dobę. Od około 9 lat leczony jest w poradni diabetologicznej, z powodu cukrzycy typu 2, aktualnie przyjmuje Metformax 850 mg 2 razy na dobę. U pacjenta zdiagnozowano również nadciśnienie tętnicze, leczony farmakologicznie – przyjmuje: Bisocard 5 mg 1 raz na dobę oraz Ramicor 10 mg 1 raz na dobę. Ze względu na zaburzenia gospodarki lipidowej przyjmuje również Atoris 20 mg 1 raz na dobę. Przebyte zabiegi operacyjne neguje. Pacjent neguje również uczulenia na leki. Nałogi: nikotynizm.

Dnia 27.06.2017 roku pacjent zostaje zakwalifikowany celem wykonania zabiegu TURP w znieczuleniu podpajęczynówkowym. Przygotowanie pacjenta do zabiegu odbyło się według standardu obowiązującego na oddziale urologicznym: ciało pacjenta ze szczególnym uwzględnieniem okolicy intymnej zostało umyte płynem Hydrex S, następnie ostrzyżono okolice intymne przy pomocy strzygarki elektrycznej z jednorazowym wkładem. Premedykację podano według pisemnego zlecenia lekarskiego znajdującego się w indywidualnej karcie zleceń pacjenta: 7,5 mg Dormicum doustnie. Następnie założono wkłucie obwodowe w okolicę lewej dłoni oraz podano 1 g Biofazolin dożylnie oraz 500 ml 0,9% NaCl dożylnie. O godz. 9.30 pacjent zostaje przetransportowany na blok operacyjny.

Na bloku operacyjnym pacjent zostaje ułożony na stole operacyjnym i podłączony do kardiomonitora. W pozycji siedzącej po dwukrotnej dezynfekcji skóry, na wysokości L3/L4 igłą 27 G nakłuto przestrzeń podpajęczynówkową w pierwszej próbie. Podano leki anestetyczne i uzyskano blokadę do Th7. Podstawowe parametry życiowe w normie. Dalej po ułożeniu pacjenta w pozycji ginekologicznej, umyto i obłożono sterylnym materiałem pole operacyjne. Wprowadzono przez cewkę moczową do pęcherza moczowego resektoskop. Po ocenie pęcherza moczowego oraz gruczołu krokowego wykonano elektroresekcję gruczołu krokowego. Założono do pęcherza moczowego cewnik Foleya 22. Próbkę przekazano do badania histopatologicznego. Przebieg znieczulenie bez powikłań. Po zastosowaniu skali Aldreta – 9 punktów na 10 punktów, pacjent został przekazany do oddziału z zaleceniami o godz. 10.15.

Po przejściu pacjenta z bloku operacyjnego rozpoczyna się wczesny okres pooperacyjny, który obejmuje pierwsze 24 godziny od momentu zakończenia zabiegu operacyjnego. To pielęgniarki na oddziale urologicznym sprawują w tym czasie bezpośrednią opiekę nad pacjentem i mają do czynienia z następującymi problemami pielęgniarskimi [7]:

Diagnoza pielęgniarska 1: Bóle podbrzusza o średnim nasileniu.

Cel opieki: Zmniejszenie dolegliwości bólowych.

Interwencje pielęgniarskie: ocenienie bólu – jego natężenia według skali wizualno-analogowej (VAS) oraz jego umiejscowienia i charakteru; obserwowanie innych niewerbalnych objawów towarzyszących bólowi (na przykład: płacz, grymas twarzy, jęczenie); pomaganie pacjentowi w przyjęciu wygodnej pozycji ciała; zastosowanie niefarmakologicznych metod podnoszenia progu bólowego i łagodzenia bólu (zapewnienie ciszy i spokoju oraz warunków intymności, zapewnienie obecności rodziny lub innej bliskiej osoby); podawanie zgodnie z pisemnym zleceniem lekarskim leków przeciwbólowych oraz monitorowanie odpowiedzi na leczenie przeciwbólowe; obserwowanie pacjenta w kierunku działań niepożądanych leków przeciwbólowych (np. wymioty) [8, 9].

Ocena działań: Dolegliwości bólowe zmniejszyły się.

Diagnoza pielęgniarska 2: Ryzyko wystąpienia masywnego krwawienia z loży operacyjnej.

Cel opieki: Wczesne wykrycie objawów krwawienia.

Interwencje pielęgniarskie: bezpośrednie obserwowanie pacjenta (zabarwienie i wilgotność skóry i błon śluzowych, nawrót kapilarny), ocenianie świadomości według skali Glasgow; monitorowanie podstawowych parametrów życiowych (ciśnienie tętnicze, tętno, liczba oddechów, temperatura ciała) i ich dokumentowanie; obserwowanie moczu pod kątem ilościowym i jakościowym (mocz lekko podbarwiony krwią – kolor różowy, liczne skrzepy lub silny krwimocz – kolor czerwono-brunatny); przygotowanie zestawu do płukania stałego oraz asystowanie lekarzowi przy zakładaniu cewnika trójdrożnego i podłączeniu płukania stałego; asystowanie lekarzowi przy zwiększeniu balona w cewniku Foleya oraz podciągnięciu i założeniu gazy na cewnik; asystowanie lekarzowi przy obciążeniu cewnika Foleya; prowadzenie bilansu płynów; pobieranie krwi do badań laboratoryjnych (morfologia); przetaczanie preparatów krwi zgodnych grupowo według zlecenia lekarskiego zgodnie z zachowaniem obowiązujących standardów, podawanie leków według pisemnego zlecenia lekarskiego [10,11].

Ocena działań: Mocz w worku do zbiórki moczu jest lekko podbarwiony krwią (kolor różowy).

Diagnoza pielęgniarska 3: Możliwość wystąpienia zespołu poresekcyjnego.

Cel opieki: Wczesne wykrycie objawów zespołu poresekcyjnego.

Interwencje pielęgniarskie: ocenianie świadomości według skali Glasgow; monitorowanie podstawowych parametrów życiowych (ciśnienie tętnicze, tętno,

liczba oddechów, temperatura ciała) i ich dokumentowanie; bezpośrednie obserwowanie pacjenta w kierunku objawów takich jak: niepokój, splątanie, nudności, wymioty, dreszcze, zaburzenia widzenia, wzrost ciśnienia tętniczego krwi, bradykardia; pobieranie krwi do badań laboratoryjnych (stężenie sodu w surowicy krwi); podawanie leków według pisemnego zlecenia lekarskiego (furosemid oraz hipertoniczny roztwór chlorku sodu) [12, 13].

Ocena działań: Brak cech typowych dla zespołu poresekcyjnego.

Diagnoza pielęgniarska 4: Możliwość wystąpienia hipotermii oraz dreszczy.

Cel opieki: Utrzymanie normotermii.

Interwencje pielęgniarskie: bezpośrednie obserwowanie pacjenta w kierunku oziębienia ciała i dreszczy; monitorowanie podstawowych parametrów życiowych (przede wszystkim temperatury ciała) i ich dokumentowanie; zapewnienie właściwego mikroklimatu sali (utrzymanie temperatury w granicy 25 stopni Celsjusza i wilgotności około 60%); zastosowanie dodatkowych sposobów ogrzewania (na przykład: koca elektrycznego, materaca elektrycznego); przetaczanie dożylnie podgrzanych płynów – krystaloidów; stosowanie tlenoterapii według pisemnego zlecenia lekarskiego, podawanie leków według pisemnego zlecenia lekarskiego (diazepam) [13, 14, 15].

Ocena działań: Temperatura ciała pacjenta w granicach normy – 36,4 stopni Celsjusza, dreszcze nie wystąpiły.

Diagnoza pielęgniarska 5: Niebezpieczeństwo związane z wystąpieniem pooperacyjnych nudności i wymiotów.

Cel opieki: Zapewnienie pacjentowi bezpieczeństwa i higieny.

Interwencje pielęgniarskie: ocenienie ryzyka wystąpienia nudności i wymiotów pooperacyjnych według skali Apfel; ułożenie pacjenta w pozycji płaskiej z głową uniesioną pod kątem 30 stopni; zapewnienie miski nerkowej, płatów ligniny, kubka z wodą do płukania jamy ustnej; bezpośrednie obserwowanie pacjenta w kierunku nudności i wymiotów; kontrolowanie ilości i treści wymiocin; podawanie leków według pisemnego zlecenia lekarskiego (ondansetron, metoclopramid) [8, 14, 16].

Ocena działań: Nudności i wymioty pooperacyjne nie wystąpiły.

Diagnoza pielęgniarska 6: Możliwość wystąpienia zespołu popunkcyjnego.

Cel opieki: Wczesne wykrycie objawów zespołu popunkcyjnego.

Interwencje pielęgniarskie: ułożenie pacjenta w pozycji płaskiej z głową uniesioną pod kątem 30 stopni i wyjaśnienie obowiązku pozostania w tej pozycji; zalecenie spożywania większej ilości płynów doustnie; monitorowanie podstawowych parametrów życiowych (przede wszystkim: ciśnienia tętniczego i tętna) i ich dokumentowanie; bezpośrednie obserwowanie pacjenta w kierunku bólów głowy i innych objawów towarzyszących bólowi (zawroty głowy, zaburzenia widzenia i słuchu – szumy w uszach, niedosłuch, światłowstręt, sztywność karku, nudności); obserwowanie czynników nasilających i łagodzących ból głowy (na przykład: zmiany pozycji ciała); ocenienie bólu – jego natężenia według skali wizualno-analogowej (VAS) oraz jego umiejscowienia i charakteru; podawanie leków według pisemnego zlecenia lekarskiego (krystaloidy oraz niesterydowe leki przeciwzapalne) [8, 13].

Ocena działań: Brak cech typowych dla zespołu popunkcyjnego.

Diagnoza pielęgniarska 7: Niepokój o własne zdrowie i obniżenie nastroju spowodowane przeprowadzeniem zabiegu.

Cel opieki: Zniwelowanie niepokoju i poprawa nastroju pacjenta.

Interwencje pielęgniarskie: stosowanie psychoterapii elementarnej; stosowanie w rozmowie technik aktywnego słuchania (parafrazowanie, potwierdzenie odbioru, doprecyzowanie, odzwierciedlanie uczuć); stworzenie życzliwej i bezpiecznej atmosfery; zapewnienie spokoju i wsparcia; zapewnienie obecności rodziny lub innej bliskiej osoby; informowanie o wszystkich czynnościach wykonywanych przy pacjencie; umożliwienie kontaktu z lekarzem w celu przeprowadzenia rozmowy dotyczącej przebytego zabiegu; umożliwienie kontaktu z psychologiem [8, 17].

Ocena działań: Nastrój pacjenta uległ częściowej poprawie.

Dyskusja

Zabieg przezcewkowej elektroresekcji prostaty jest jedną z metod zabiegowego leczenia łagodnego rozrostu stercza. Jak każda inwazyjna procedura medyczna mająca na celu poprawę jakości życia, niesie ze sobą również ryzyko wystąpienia powikłań pooperacyjnych. Najczęstszym powikłaniem każdego zabiegu operacyjnego jest ból o różnym nasileniu. Także i w przypadku pacjenta po elektroresekcji stercza ten problem się pojawia. Dlatego duże znaczenie w pooperacyjnej opiece pielęgniarskiej ma systematyczna ocena bólu oraz podawanie leków przeciwbólowych. Działania te zwiększają komfort pacjenta, dzięki czemu okres po-

operacyjny staje się dla pacjenta mniej traumatyczny. Kolejnymi często występującymi powikłaniami po zabiegu operacyjnym są pooperacyjne nudności i wymioty oraz hipotermia i dreszcze. Działania pielęgniarskie w tym zakresie skupione są na zapewnieniu pacjentowi bezpieczeństwa i stabilizacji temperatury ciała, przez co zapobiega się rozwojowi dalszych groźniejszych powikłań (zachtystowe zapalenie płuc czy migotanie przedsionków i komór) [14]. Najniebezpieczniejszym powikłaniem po zabiegu TURP jest możliwość krwawienia lub krwotoku oraz wystąpienia wstrząsu hipowolemicznego. Obserwowanie diurezy pod kątem jakościowym i ilościowym jest bezwzględny obowiązek pielęgniarki. Każda niepokojąca zmiana (zmiana koloru moczu na kolor intensywnie czerwony, często z licznymi skrzepami oraz mała ilość moczu) powinna być natychmiast konsultowana z lekarzem urologiem [10]. Natomiast zespół poresekcyjny oraz zespół popunkcyjny to stosunkowo rzadko występujące powikłania po zabiegu TURP, jednak ze względu na możliwość pojawienia się niepokojących zmian neurologicznych (splątanie, bóle głowy, zaburzenia widzenia oraz słuchu) oraz zmian będących bezpośrednim stanem zagrożenia życia (obrzęk mózgu i obrzęk płuc) pielęgniarka zawsze powinna obserwować pacjenta w kierunku tych powikłań [10, 13]. Każdemu pacjentowi towarzyszy lęk i niepokój oraz obniżenie nastroju podczas leczenia zabiegowego. To naturalne uczucia występujące w warunkach zagrożenia. Pacjent czuje się niepewnie, gdyż oddaje swoje życie oraz zdrowie w ręce osób trzecich. Dodatkowo oczekiwanie na wynik leczenia determinujący dalsze postępowanie medyczne, może zwiększać te negatywne odczucia. To pielęgniarka aktywnie towarzyszy pacjentowi przez ten trudny okres i stara się zminimalizować strach oraz poprawić nastrój pacjenta [17].

Podsumowanie

Wczesny okres pooperacyjny jest bardzo istotnym momentem w procesie leczenia chorego. Opieka pielęgniarska w tym okresie dotyczy zarówno wykonywania pooperacyjnych zleceń lekarskich, monitorowania świadomości oraz podstawowych funkcji życiowych, uśmierzania bólu pooperacyjnego, dbania o ogólny komfort i bezpieczeństwo pacjenta i baczne obserwowanie pacjenta w kierunku niebezpiecznych dla jego życia i zdrowia powikłań pooperacyjnych. Rola pielęgniarki jest tym bardziej istotna, gdyż powikłania pooperacyjne związane są nie tylko z samym zabiegiem – techniką jego wykonania, ale również z powikłaniami związanymi z zastosowaniem u pacjenta znieczuleniem. Sprawowanie pielęgniarskiej opieki pooperacyjnej dobrej jakości zobowiązuje pielęgniarkę do posiadania wszechstronnej

wiedzy dotyczącej zabiegu i znieczulenia oraz realizowania procesu pielęgnowania w sposób holistyczny.

Piśmiennictwo

1. Kryst P. Choroby gruczołu krokowego. W: Borkowski A. (red.). Urologia. Podręcznik dla studentów medycyny. Warszawa: PZWL; 2006. 167–182.
2. Starownik R, Bar K. Łagodny rozrost stercza. Med. Rodz. 2001; 2: 65–68.
3. Ostrowski I. Łagodny rozrost stercza – zagadnienia wybrane, część I. Patogeneza i epidemiologia. Prz. Urol. 2006; 5: 23–28.
4. Boniecki R. Ocena dolegliwości związanych z łagodnym rozrostem prostaty. Geriatria. 2011; 5: 257–266.
5. Starownik R, Bar K, Urban M. Łagodny rozrost stercza – częsty problem mężczyzn po 50 roku życia. Med. Rodz. 2003; 1: 38–43.
6. Pastewka K. Łagodny rozrost gruczołu krokowego. Post. Nauk Med. 2014; 1: 33–42.
7. Kapała W, Bączyk G. Pielęgniarska opieka pooperacyjna – elementy składowe i ich znaczenie. W: Bączyk G, Kapała W. (red.). Podstawy kliniczne oraz pielęgnowanie chorych w okresie przed- i pooperacyjnym w chirurgii ogólnej, ortopedii i traumatologii. Poznań: Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu; 2012. 19–36.
8. Walewska E. Okres okołoperacyjny. W: Walewska E. (red.). Podstawy pielęgniarstwa chirurgicznego. Warszawa: PZWL; 2012. 173–204.
9. Paszkiewicz-Mes E. Rola pielęgniarki w leczeniu bólu po zabiegu operacyjnym. Pielęg. XXI w. 2011; 4: 37–41.
10. Dybowski B. Przezcewkowa resekcja stercza. Prz. Urol. 2010; 3: 64–66.
11. Wasson D. Transurethral Resection of the Prostate. <http://www.perspectivesinnursing.org/assets/perspectives3.pdf> (data dostępu: 11.06.2018 r.)
12. Mędrzycka-Dąbrowska W. Opieka nad pacjentem znieczulonym do zabiegów urologicznych i do przeszczepienia nerek. W: Wołowicka L, Dyk D. (red.). Anestezjologia i inten-

sywna opieka. Klinika i pielęgniarstwo. Podręcznik dla studentów medycznych. Warszawa: PZWL; 2008. 450–459.

13. Grabowska-Gawęł A. Przydatność znieczulenia dokanalfowego w postępowaniu śród- i okołoperacyjnym u chorych poddanych zabiegom urologicznym. Prz. Urol. 2008; 4: 34–39.
14. Grabowska-Gawęł A. Zasady postępowania okołoperacyjnego u chorych poddanych zabiegom urologicznym. Prz. Urol. 2009; 3: 24–30.
15. Czaja E. Termoregulacja. W: Kózka M, Płaszewska-Żywko L. (red.). Diagnostyka i interwencje pielęgniarstwa. Warszawa: PZWL; 2010. 125–129.
16. Cierzniańska K, Szewczyk M, Kozłowska E, Wyborna R, Popow A, Mościcka P, Cwajda-Białasik J. Ocena występowania nudności i wymiotów u chorych po zabiegu chirurgicznym. Pielęg. Chir. Angiol. 2014; 1: 15–23.
17. Motyka M. Rola aktywnego słuchania w komunikacji terapeutycznej z pacjentem. Probl. Pielęg. 2011; 2: 259–265.

Artykuł przyjęty do redakcji: 02.08.2018

Artykuł przyjęty do publikacji: 19.12.2018

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.

Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:

Aleksandra Grzywacz

ul. Wita Stwosza 41

40-042 Katowice

tel.: 32 832 14 44

e-mail: aleksandra.grzywacz@med.sum.edu.pl

Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach

Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach



Recenzenci „Pielęgniarstwa Polskiego” w roku 2018

dr hab. Ewa Baum, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)

dr Piotr Chmielewski, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

dr Edyta Cudak, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)

dr hab. Sławomir Graczyk, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Prezydenta Stanisława Wojciechowskiego
w Kaliszu (Polska)

dr Aleksandra Gutysz-Wojnicka, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie (Polska)

dr Renata Jabłońska, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu (Polska)

dr Edyta Kędra, Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu

dr Dorota Kilańska, Uniwersytet Medyczny w Łodzi (Polska)

dr Wioletta Mędrzycka-Dąbrowska, Gdański Uniwersytet Medyczny (Polska)

dr Małgorzata Pośluszna-Lamperska, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego
w Poznaniu (Polska)

dr Małgorzata Elżbieta Starczewska, Pomorski Uniwersytet Medyczny (Polska)

dr Bogusław Stelcer, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)

dr Magdalena Strugała, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)

dr Sławomir Szymański, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie (Polska)

dr Barbara Tamowicz, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)

dr Renata Wójcik, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)

mgr Aleksander Zarzeka, Warszawski Uniwersytet Medyczny (Polska)

dr hab. Edyta Zbroch, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku (Polska)

dr Joanna Zdanowska, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (Polska)

WSKAZÓWKI DLA AUTORÓW

WSTĘP

Informacje dla autorów

„Pielęgniarstwo Polskie” jest kwartalnikiem. Zamieszcza recenzowane prace oryginalne, poglądowe i kazuistyczne oraz recenzje książek, sprawozdania ze zjazdów naukowych, notatki kronikarskie, wspomnienia pośmiertne itp. napisane w języku polskim oraz angielskim. Czasopismo ukazuje się w papierowej wersji pierwotnej oraz w wersji elektronicznej w systemie open-access na stronie internetowej <http://www.pielengniarstwo.ump.edu.pl/>. Siedziba redakcji czasopisma mieści się w Katedrze Pielęgniarstwa Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego, ul. Mariana Smoluchowskiego 11, 60-179 Poznań.

Zgłoszenia prac

Prace należy przysyłać drogą elektroniczną poprzez internetowy system redakcyjny przetwarzania prac „Open Journal Systems” (OJS), dostępny w zakładce „zgłaszanie manuskryptów on-line”. Pracę należy wprowadzić do systemu zgodnie z instrukcją, po uprzednim zalogowaniu się lub zarejestrowaniu – w przypadku braku swojego konta w systemie. W procesie zgłaszania pracy w systemie OJS należy pamiętać o wprowadzeniu danych:

- imię i nazwisko wszystkich autorów z afiliacją (skorzystać z opcji „dodać autora”),
- skan wypełnionego druku **Oświadczenia autorów** w pliku pomocniczym systemu edytorskiego. Wzór oświadczenia dostępny jest na: [oswiadczenie.doc](#),
- adres autora, do którego będzie kierowana korespondencja. Adres należy wpisać wyłącznie w biogramie pod afiliacją wybranego autora. Należy podać: imię i nazwisko, pełny adres (ulica, kod, miejscowość), numer telefonu (służbowy), e-mail, afiliację autora.

Przygotowanie manuskryptu

Tekst powinien być napisany 12-punktową czcionką Times New Roman, z odstępem między wierszami 1,5 (półtora odstępu), 2,5 cm marginesem z każdej strony, bez sformatowania, tj. bez twardych spacji, znaków końca linii, przy użyciu tzw. miękkich enterów. Powinien być wyrównany (wyrównany do lewego i prawego marginesu). Należy pisać zwykłą czcionką w kolorze jednolicie czarnym (dopuszcza się wytłuszczenie tytułów i podtytułów), bez wyróżnień dużymi literami, bez rozstrzelania, podkreśleń linią ciągłą itp. W liczbach miejsca dziesiętne należy oddzielać przecinkami (nie kropkami). Akapity należy rozpoczynać wcięciem przy użyciu odpowiedniego polecenia w edytorze tekstu (bez używania tzw. enterów). Przed zapisem z tekstu należy usunąć wszystkie zaznaczenia używane podczas redagowania tekstu w edytorze. Prace w języku angielskim powinny być napisane poprawną angielszczyzną. Plik należy zapisać w formacie: DOC lub DOCX. Kolejne strony należy ponumerować, zaczynając od strony tytułowej.

Praca powinna zawierać, w kolejności:

- stronę tytułową,
- streszczenie w języku polskim i angielskim,
- słowa kluczowe w języku polskim i angielskim,
- manuskrypt wraz z tabelami, rycinami, fotografiami,
- piśmiennictwo wg stylu Vancouver,
- informację o źródłach finansowania i konflikcie interesów.

Strona tytułowa

Zawiera tytuł pracy w języku polskim i angielskim. W tytule nie należy zamieszczać skrótów. Prosimy o niepodawanie danych dotyczących nazwisk autorów i ich afiliacji ze względu na anonimowość recenzji.

Strona druga

Zawiera streszczenie w języku polskim i angielskim. **Streszczenie** w pracach oryginalnych powinno mieć charakter struk-

GUIDANCE FOR AUTHORS

INTRODUCTION

Information for authors

‘Pielęgniarstwo Polskie’ (‘Polish Nursing’) is a quarterly. It prints reviewed original research, opinion articles and case studies, book reviews, conference reports, notes on events, obituaries, etc. in both Polish and English. ‘Pielęgniarstwo Polskie’ (‘Polish Nursing’) is published in the open-access on the following website: <http://www.pielengniarstwo.ump.edu.pl/>. The editorial office is located in the Chair of Nursing, Poznan University of Medical Sciences, Smoluchowskiego 11, 60-179 Poznan.

Paper submission

Papers should be submitted electronically via the editorial journal processing system ‘Open Journal Systems’ (OJS), available in ‘submission of manuscripts on-line’. The paper should be entered into the system in accordance with the instructions, after logging in or registering if you are new to the system. When submitting papers in the OJS be sure to enter the following data:

- all authors’ first names and surnames with affiliation (use the option ‘add the author’),
- the completed scanned form of **Authors’ declarations** in the auxiliary file of the editorial system. The model declaration is available on: [oswiadczenie.doc](#),
- the corresponding author’s address. The address should be entered only in the biographical note under the affiliation of the author in question. Please provide: name, full address (street, post code, town), office telephone number, e-mail address, author’s affiliation.

Manuscript preparation

The text should be written with 12 spot font Times New Roman, with the space between the lines 1.5 (one and a half space), 2.5 cm margin from every side, without editing, i.e. without hard spaces, end of the line signs (so-called soft enters). It should be justified (balanced to the left and right-hand margins). One should write with an ordinary font in black exclusively (greased titles and subtitles are possible), without upper case distinctions, spacing out or underlining with the solid line, etc. In numbers, decimals should be separated by commas (not dots). Paragraphs should begin indented using the appropriate commands in a text editor (without using the so-called breaks between). Before saving, one must remove all selections used when editing the text. Papers in English should be written in the correct English language. The file should be saved in the format: DOC or DOCX. Pages should be numbered, starting with the title page.

The paper should include, in order:

- title page,
- abstract in Polish and English,
- key words in Polish and English,
- manuscript with tables, figures and photographs,
- literature prepared in accordance with the Vancouver style,
- information on sources of funding and conflict of interest.

Title page

It includes the paper title in Polish and in English. The title should not contain abbreviations. Please, do not include authors’ names and affiliations due to review anonymity.

Second page:

It contains abstracts in Polish and in English. **The abstract** of original papers should be structural – it should contain: **Intro**



turalny – zawierać: **Wstęp, Cel, Materiał i metody, Wyniki, Wnioski**; w przypadku prac kazuistycznych – **Wprowadzenie, Cel, Opis przypadku, Wnioski**; w przypadku prac poglądowych – **Wstęp, Podsumowanie kolejnych rozdziałów, Podsumowanie/Wnioski**. Streszczenie (w języku polskim oraz angielskim) powinno zawierać nie więcej niż 250 słów. Należy unikać skrótów, a w przypadku ich użycia podać wyjaśnienie przy pierwszym zastosowaniu. Pod streszczeniem należy umieścić słowa kluczowe – nie więcej niż pięć w języku polskim i angielskim, spośród wymienionych w Medical Subject Headings (MeSH).

Strona trzecia i kolejne

Powinny zawierać zasadniczy tekst pracy.

PRACA ORYGINALNA

Praca w tej kategorii przedstawia wyniki oryginalnych badań przeprowadzonych w dziedzinach zgodnych z obszarem zainteresowań czasopisma (zob. Wstęp). Konstrukcja tekstu powinna być następująca:

Wprowadzenie powinno zawierać syntetycznie ujętą podstawę teoretyczną i empiryczną badania wraz z jego uzasadnieniem, bez szczegółowego, obszernego przeglądu literatury i wcześniejszych badań.

Cel pracy powinien być jasno określony i nawiązywać do informacji podanych we **Wprowadzeniu**.

Materiał – opis powinien być na tyle szczegółowy, aby możliwa była replikacja badania.

Metody – opis powinien być na tyle szczegółowy, aby możliwa była replikacja badania. W przypadku stosowania wcześniej opublikowanych metod i narzędzi badawczych należy podać stosowne przypisy bibliograficzne.

Wyniki powinny być przedstawione w sposób jasny i zwięzły, bez szczegółowego powtarzania informacji zawartych w tabelach i rycinach.

Dyskusja powinna podkreślać znacznie wyników badań własnych w kontekście literatury przedmiotu. Nie powinna powtarzać wyników ani zastępować przeglądu piśmiennictwa.

Wnioski powinny mieć uzasadnienie w przeprowadzonym badaniu.

Tekst pracy nie powinien przekraczać 6 tys. słów, tj. ok. 12–15 stron (łącznie z tabelami, rycinami i **Piśmiennictwem**). **Piśmiennictwo** nie powinno przekraczać 25 pozycji. Należy podać informację o zgodzie właściwej komisji bioetycznej na przeprowadzenie badania (w części **Materiał** lub **Metody**).

PRACA POGLĄDOWA

Prace w tej kategorii dotyczą przeglądu wiedzy na temat ważnych zagadnień, istotnych odkryć w zakresie pielęgniarstwa i dziedzinach pokrewnych. Układ publikacji poglądowej różni się od publikacji oryginalnej brakiem opisu przeprowadzonych badań, a zamiast dyskusji wyników zawiera kolejne rozdziały stanowiące główną część pracy (np. zestawione z sobą wnioski z innych publikacji). Zalecany jest podział tekstu na rozdziały opatrzone zwięzłymi tytułami i/lub śródtytułami. **Podsumowanie/Wnioski** zawierają własne przemyślenia wynikające z przeprowadzonego przeglądu piśmiennictwa opisanego w poszczególnych rozdziałach pracy. Objętość pracy nie może przekraczać 6 tys. słów, tj. ok. 12–15 stron (łącznie z **Piśmiennictwem**). **Piśmiennictwo** nie powinno przekraczać 40 pozycji.

PRACA KAUZYSTYCZNA

Praca kazuistyczna opisuje jeden lub więcej interesujących, rzadkich przypadków. Praca powinna mieć następujący układ: **Wprowadzenie, Opis przypadku, Dyskusja**. Objętość nie może przekraczać 2,5 tys. słów, tj. ok. 3–4 stron (łącznie z **Piśmiennictwem**).

duction, Aim, Material and methods, Results and conclusions; in case studies – **Introduction, Aim, Case, Conclusions**; in review papers – **Introduction, Summary of each chapter, Summary/Conclusions**. The abstract (in Polish and English) should contain no more than 250 words.

Abbreviations should be avoided, and when used, the explanation of the first application should be given.

Under the abstract key words should be included – not more than 5 in Polish and English, from among those listed in the Medical Subject Headings (MeSH).

Third and next pages

They should contain the main text of the paper.

ORIGINAL PAPER

The original paper presents results of original investigations conducted in the field of nursery and medicine in general (see Introduction). The paper should be divided into:

Introduction – it should contain a synthetically recognized theoretical and empirical framework of the research along with its justification, without a detailed, comprehensive literature review and previous studies.

Aim – it should be clearly defined and should refer to the information included in the Introduction

Material – the description should be sufficiently detailed to allow for the study replication

Methods – the description should be sufficiently detailed to allow for the study replication. When using previously published methods and research tools, provide the appropriate bibliographical references.

Results – they should be presented in a clear and concise way, without a detailed repetition of the information contained in tables and figures.

Discussion – it should emphasize the importance of one's own research results in the context of literature. It should not repeat results or replace the literature review.

Conclusions – they should be justified in the research carried out.

The text should not exceed 6000 words, i.e. about 12–15 pages (including tables, figures and **References**). **References** should not exceed 25 items. Please provide information on the approval of conducting the research by the relevant bioethics committee (in Material or Methods).

OPINION ARTICLE

Opinion articles concern fundamental findings in the field of nursery and medicine in general. The opinion article structure is different from the original paper in the lack of the conducted study description and, instead of Discussion, it contains subsequent chapters constituting the main part of the paper (e.g. summarized conclusions from other publications). It is recommended to divide the text into chapters with concise titles and/or subtitles. **Summary/Conclusions** contain authors' own reflections resulting from the literature review, as described in separate chapters of the paper. The text should not exceed 6000 words, i.e. about 15–20 pages (including **References**).

CASE STUDY

The case study presents one or more interesting rare cases or clinical conditions. The paper should be divided into: **Introduction, Case description** and **Discussion**. The text should not exceed 2500 words, i.e. about 3–4 pages (including **References**).



PODSUMOWANIA ZJAZDÓW I INNE TEKSTY INFORMACYJNE (por. Wstęp)

Artykuły w tej kategorii nie powinny przekraczać 1–1,5 tys. słów (2 strony).

PIŚMIENNICTWO

Piśmiennictwo powinno być napisane na oddzielnej stronie, wg standardu Vancouver. Należy podawać tylko pozycje związane z tematem pracy i uwzględnione w tekście manuskryptu. Cytowania powinny być numerowane w kolejności ich występowania w tekście i powinny być oznaczane cyframi arabskimi w nawiasach kwadratowych. W spisie piśmiennictwa każda kolejna pozycja powinna być pisana od nowego wiersza i poprzedzona numerem. Należy przestrzegać jednolitej interpunkcji wg wzorów:

W przypadku źródeł z czasopisma należy podać: nazwiska autorów i pierwsze litery imion, następnie: tytuł artykułu, tytuł czasopisma z zastosowaniem obowiązujących skrótów wg bazy danych MedLine (zawsze zakończone kropką), rok publikacji, tom, numer strony pierwszej i ostatniej. Nie należy podawać źródeł: „w druku”, „w przygotowaniu”, „informacja ustna”.

Przykład:

1. Kowalski J, Nowak J. Nozologiczne aspekty bólów głowy. *J Med.* 2007; 1: 12–27.

W przypadku cytatu z książki należy podać: nazwiska autorów i pierwsze litery imion, następnie: tytuł książki, siedzibę i nazwę wydawnictwa, rok wydania, numer strony pierwszej i ostatniej.

Przykład:

2. Pawlak P. *Życie i umieranie.* Warszawa: PWN; 2007. 12–32.

W przypadku cytowania rozdziału pochodzącego z książki należy podać: nazwisko/nazwiska i pierwsze litery imion autora/autorów tegoż rozdziału, tytuł rozdziału cytowanej książki, nazwisko i imię autora (redaktora) książki, tytuł książki, siedzibę i nazwę wydawnictwa, rok wydania, numer pierwszej i ostatniej strony cytowanego rozdziału.

Przykład:

3. Pawlak P. *Życie i umieranie.* W: Malinowski A (red.). *Gerontologia.* Warszawa: PWN; 2007. 12–32.

W przypadku cytowania materiału elektronicznego (Internetu) należy podać: nazwiska autorów i pierwsze litery imion, następnie: tytuł artykułu, pełny adres strony internetowej oraz datę dostępu (datę wejścia).

TABELE

Tabele należy wykonać w programie Word dla Windows. Powinny być w formie edytowalnej, z ograniczeniem linii wertykalnych. Tabele powinny być oznaczone numerami arabskimi, z użyciem pełnego wyrazu **Tabela**, a nie skrótu *tab.* (np. Tabela 5). Tytuły w języku polskim i angielskim powinny znajdować się nad tabelami. Tekst w tabeli powinien być napisany czcionką Arial Narrow CE wielkości 10 pkt. Szerokość tabeli nie powinna przekraczać 8 cm lub 16 cm. Wnętrze tabeli powinno zawierać również wersję angielską. Liczba tabel powinna być ograniczona do niezbędnego minimum.

RYCINY

Wykresy należy wykonać w programie Word dla Windows lub Excel. Ilustracje należy zapisać w formacie TIF lub JPG. Ryciny należy podpisywać w języku polskim i angielskim z użyciem numeracji arabskiej, bez używania skrótu *ryc.* (czyli np. Rycina 5). Tytuły w języku polskim i angielskim powinny być napisane w programie Word, edytowalne i powinny znajdować się pod rycinami. Liczba rycin powinna być ograniczona do niezbędnego minimum.

CONFERENCE REPORTS AND OTHER INFORMATION TEXTS (compare Introduction)

The text should not exceed 1000–1500 words (2 pages).

REFERENCES

Literature should be presented on a separate sheet of paper using the Vancouver style. Only references related to the topic of the paper should be included in the text of the manuscript. Quotations should be numbered according to their appearance in the text and marked using Arabic numerals in square brackets. Each new item in the list of references should be written in a new line, preceded by a number. Homogeneous punctuation should be respected as follows:

The sequence for a journal article should be the following: authors' names and first names, paper title, journal title abbreviated as in the MedLine database (always ended up with a dot), year of publication, volume number, first and last page numbers. One should not include references: 'in print', 'to appear soon', 'oral information'.

Example:

1. Kowalski J, Nowak J. Nozologiczne aspekty bólów głowy. *J Med.* 2007; 1: 12–27.

The sequence for the book should be as follows: authors' names and first letters of their first names, book title, place and edition of publication, year of publication, first and last page numbers.

Example:

2. Pawlak P. *Życie i umieranie.* Warszawa: PWN; 2007. 12–32.

The sequence for the book chapters should be as follows: chapter authors' names and first letters of their first names, chapter title, book title, book authors, place and edition of publication, year of publication, chapter first and last page numbers.

Example:

3. Pawlak P. *Życie i umieranie.* W: Malinowski A (red.). *Gerontologia.* Warszawa: PWN; 2007. 12–32.

The sequence for the Internet should be as follows: authors' names and first letters of their first names, paper title, full address of the website, access date.

TABLES

Tables should be prepared in Word for Windows. They should be in the editable form, limiting vertical lines. All tables should be numbered using Arabic numerals and a full word 'TABLE', not an abbreviation 'tab.' (e.g. Table 5). The titles in both Polish and English should be placed above tables. The text in the table should be written in 10-point *Arial Narrow CE* font. The width of the table should not exceed 8 cm or 16 cm. The interior of the table should also include the English version. The number of tables should be limited to the necessary minimum.

FIGURES

Charts should be prepared in Word for Windows or Excel. Illustrations must be saved in JPG or TIF format. Figures should be provided with Polish and English captions and numbered using Arabic numerals, with no abbreviation 'fig.' (e.g. Figure 5). Titles in Polish and English should be written in Word, they should be editable and should be placed under figures. The number of figures should be limited to the necessary minimum.



OŚWIADCZENIE AUTORÓW

Do każdej pracy należy dołączyć oświadczenie autorów, że praca nie była drukowana wcześniej w innym czasopiśmie. Aby przeciwdziałać przypadkom *ghostwriting* oraz *ghost authorship*, redakcja prosi autorów nadsyłanych prac o podanie informacji, jaki jest ich wkład w przygotowanie pracy. Informacja powinna mieć charakter jakościowy, tzn. autorzy zobowiązani są podać, czy ich wkład w powstanie publikacji polegał na opracowaniu koncepcji, założeniach, metod, protokołu itp. Autorzy są także proszeni o podanie źródeł finansowania badań, których wyniki są prezentowane w nadsyłanej pracy. Załączone do pracy oświadczenie powinno być podpisane przez wszystkich autorów zgłaszanej pracy. Nadesłane prace mogą być sprawdzane pod kątem oryginalności za pomocą programu antyplagiatowego.

SKRÓTY

Skróty należy objaśniać przy pierwszym wystąpieniu, umieszczając je w nawiasie po pełnym tekście. Należy sprawdzić poprawność użytych skrótów. W tytule i streszczeniu zaleca się unikania skrótów. W tabelach i rycinach użyte skróty powinny być wyjaśnione w podpisach znajdujących się poniżej.

PROCEDURA RECENZOWANIA

Wszystkie artykuły podlegają wstępnej ocenie Redaktora Naczelnego lub jednego z członków Rady Naukowej, którzy mogą odrzucić pracę lub przesłać ją do recenzji zewnętrznej. Podwójnie anonimowy system recenzowania przez przynajmniej dwóch ekspertów w danej dziedzinie jest stosowany dla artykułów zaakceptowanych do dalszej oceny. Po otrzymaniu recenzji Redaktor Naczelny podejmuje decyzję o akceptacji artykułu do druku, akceptacji po drobnej poprawie, akceptacji po zasadniczej poprawie lub odrzuceniu. Autorzy otrzymują uwagi do manuskryptu niezależnie od decyzji. W przypadku akceptacji pracy wymagającej poprawy **autorzy zobowiązują się ustosunkować się do recenzji w ciągu 30 dni**. Redakcja zastrzega sobie prawo poprawienia usterek dotyczących stylistyki, mianownictwa i skrótów oraz poprawek wersji w języku angielskim – bez uzgodnienia z autorem.

PRAWA AUTORSKIE

W przypadku akceptacji artykułów do druku wydawca nabywa do nich prawa autorskie, a wszelkie reprodukcje wersji elektronicznej lub papierowej nie mogą być dokonywane bez zgody wydawcy.

AUTHORS' DECLARATIONS

Each manuscript should be accompanied by authors' declarations that the paper has never before been published in any other journal. To counteract the occurrence of 'ghostwriting' or 'ghost authorship' phenomena the Editorial Board asks all listed authors of submitted papers to provide information on their contribution to manuscript preparation. The information has to be qualitative in character, i.e. the authors should state whether their work included preparation of the conceptual framework, assumptions, methods, protocol, etc. Authors are also asked to state sources of funding for research, the results of which are presented in the submitted paper. The declaration, attached to the manuscript, should be signed by all authors of a submitted paper. Submitted manuscripts may be checked for originality using anti-plagiarism software.

ABBREVIATIONS

Abbreviations must be defined in full along with their first appearance in the text. They should be placed in brackets after a full text. Their correctness should be checked. Avoiding abbreviations in titles and abstracts is recommended. Abbreviations used in tables and figures should be defined in captions below.

REVIEWING PROCEDURE

All submitted papers are initially evaluated by the Chief Editor or a member of the Academic Council. The manuscripts may be turned down or reviewed further by two reviewers who do not know authors' names or the name of authors' institutions. On receiving the reviews, the Chief Editor decides whether the manuscript should be published, published after slight corrections, published after essential corrections or rejected. Authors receive remarks on the paper regardless of the decision made. If the manuscript is to be published after corrections, **authors are required to express their opinion on reviews within 30 days**.

The Editor reserves the right to make any adjustments of style, terminology and abbreviations as well as corrections of the English version without asking for the author's consent.

COPYRIGHTS

In case manuscripts are to be published, the Editor acquires the copyrights and no electronic or hard copy can be made without the Editor's consent.

